

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

349

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Mai 1900, à 1 heure

Par CHARLES SCHMITT

Né à Nantes, le 4 décembre 1874

Ancien Interne des Hopitaux et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Nantes

Lauréat de l'Ecole de Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement Obstétrical

DE

L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

SCHWARTZ,

BRUN, •

} *agregés.*

NANTES

R. GUIST'HAU, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

5 & 6, QUAI CASSARD, 5 & 6

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

349

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Mai 1900, à 1 heure

Par CHARLES SCHMITT

Né à Nantes, le 4 décembre 1874

Ancien Interne des Hôpitaux et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Nantes

Lauréat de l'Ecole de Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement Obstétrical

DE

L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

SCHWARTZ,

BRUN,

} *agregés.*



NANTES

R. GUIST'HAU, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

5 & 6, QUAI CASSARD, 5 & 6

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	H. BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THIROLOIX.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VAQUEZ.
BROCA (Auguste).	HEIM.	MÉRY.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	M. RIEFFEL, chef des	WALLICH.
CHARBIN.	LANGLOIS.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	ROGER.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	SEBILEAU.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.	TEISSIER.	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES ONCLES, A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR OLLIVE

Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes,
Médecin des Hôpitaux,
Professeur du Cours départemental d'accouchement,
Membre correspondant de la Société de Médecine légale
de France

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CRIMAIL

Chirurgien de la Maternité des Hôpitaux de Nantes
Conservateur départemental du vaccin

A MM. LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DES HOPITAUX DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Paris,

Membre de l'Académie de Médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Le 17 mai 1899, M. le professeur Ollive nous emmenait près d'une parturiente éclamptique. L'état de la malade est grave, les bruits du cœur du fœtus à peine perceptibles. Le col de l'utérus est encore long d'un centimètre, mais permet l'introduction du doigt. Notre maître décide d'accélérer le travail. Il a recours à l'accouchement méthodiquement rapide par dilatation d'abord digitale puis bimanuelle (procédé de M. le professeur agrégé Bonnaire). En une demi-heure, la dilatation est complète, et une application de forceps a amené un enfant vivant. La mère guérit sans incident.

Communication de cette observation fut faite à la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Nantes. Une intéressante discussion suivit. Le traitement obstétrical dans l'Eclampsie puerpérale eut ses défenseurs, il eut ses adversaires. Chacun apporta les meilleures preuves à l'appui de son opinion.

L'idée nous vint de consacrer notre thèse à ce sujet si étudié et si discuté. Nous n'en ignorions pas les difficultés et nous nous demandions même s'il nous serait possible d'arriver à une conclusion.

Dans ce but, nous avons recueilli toutes les observations d'éclampsie puerpérale consignées dans les thèses ou monographies parues sur ce sujet depuis la thèse d'agrégation de

M. Charpentier. Elles se divisent naturellement en deux classes : Observations où le traitement médical seul a été institué ; observations où l'on a eu recours à des interventions obstétricales. Ces dernières sont relatées dans notre thèse ; nous aurions voulu présenter les autres sous forme de tableaux synoptiques, des difficultés matérielles nous en ont empêché.

C'est pour nous un devoir de cœur d'exprimer au début de ce travail, nos remerciements aux maîtres qui nous ont dirigé dans nos études médicales et éclairé de leurs conseils et de leur science. Pour être juste, il faudrait les nommer tous. Professeurs à l'Ecole de Médecine de Nantes, Médecins et Chirurgiens des hôpitaux nous ont toujours témoigné leur bienveillance, qu'ils veuillent bien agréer l'expression de notre reconnaissance.

M. le professeur Ollive n'a cessé de nous prouver sa constante affection. Il a été pour nous plus qu'un maître. Nous aimons à rappeler le temps, lointain déjà, où il nous acceptait comme externe dans son service de la consultation de l'Hôtel-Dieu. Là, il nous apprit à étayer sur des bases solides le diagnostic souvent épineux des maladies internes et nous initia aux difficultés de la clinique infantile.

Nous ne pouvions être son interne ; notre cher maître, connaissant nos goûts pour l'obstétrique nous choisit comme moniteur au cours départemental d'accouchement. C'est sous sa direction que, depuis trois ans, nous nous sommes adonné à cette branche de l'art médical. Si actuellement, nous en avons quelques connaissances, nous ne saurions oublier qui nous les a enseignées.

Chaque jour encore, M. Ollive nous témoigne une confiance qui vient ajouter à la dette de profonde reconnaissance que

nous avons contractée envers lui. C'est une bien douce joie pour nous et une faible marque de notre respectueuse affection d'exprimer publiquement à notre maître nos plus vifs remerciements.

M. le docteur Crimail nous a fait connaître la pratique journalière des accouchements. Ce maître bienveillant daigna nous agréer deux fois comme interne. Nous garderons le meilleur souvenir des années passées dans le service de la Maternité hospitalière. En laissant une large part à notre initiative personnelle, en nous guidant de ses conseils et de son expérience. M. Crimail nous a permis de parfaire notre enseignement obstétrical. Lui aussi, nous donne sans cesse de nouvelles preuves de son amitié, qu'il nous permette de l'assurer de notre profonde et sincère reconnaissance.

MM. les professeurs Chartier et Maurice Bureau, MM. Attimont et Bonamy, médecins des Hôpitaux nous ont enseigné la clinique médicale. MM. les professeurs Joüon et Emile Bureau ont été nos maîtres en chirurgie. Ils voudront bien croire à la vive gratitude de leur ancien interne.

Pendant un temps trop court, nous avons été interne de MM. les professeurs Urbain Monnier et Vignard. L'amabilité et la science de M. Monnier sont connues de tous ses élèves ; et c'est pour nous un bonheur de pouvoir encore, de temps à autre, profiter de son enseignement. Nous n'oublions pas non plus les magistrales leçons de M. Vignard et nous voudrions avoir acquis à son école un peu de sa sûreté de diagnostic et de son habileté opératoire.

Nous prions également nos autres maîtres dans les Hôpitaux, M. le professeur Guillemet qui nous a dirigé dans nos premières interventions obstétricales et dont nous avons eu

l'honneur d'être externe, et MM. les professeurs Hervouet, Perrochaud et Amédée Monnier, dans le service desquels nous avons été stagiaire, d'agréer nos meilleurs remerciements.

M. le docteur Malherbe, directeur de l'Ecole de Médecine, M. le docteur Porak, accoucheur de la Maternité de Paris, nous ont communiqué d'intéressantes observations inédites. Nous sommes heureux de pouvoir ici leur en exprimer notre reconnaissance.

Merci à M. le docteur Henri Malherbe. Il a été notre maître dans nos études d'anatomie pathologique, et chaque jour encore, il nous guide de ses conseils éclairés et savants.

Nos chers camarades et amis, Albert, Delebecque, Desjars, Dubreuilh, Grognot et Horven nous ont témoigné une affection à toute épreuve. Ils savent combien elle nous est chère. Elle restera un des meilleurs souvenirs de nos années d'études et nous n'oublierons jamais les bons instants que nous avons passés avec eux.

Que M. le professeur Budin daigne agréer l'expression de nos plus respectueux sentiments de gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Existe-t-il un traitement obstétrical de l'Eclampsie ? L'accoucheur doit-il laisser la grossesse évoluer naturellement ou doit-il l'interrompre ?

Dans ce cas, à quel moment l'intervention est-elle utile ? Avant l'apparition des accès, dès les symptômes prémonitoires ou seulement dans l'état de mal éclamptique ? Faut-il provoquer l'accouchement ou attendre la manifestation spontanée du travail ? Et alors est-il préférable d'intervenir pendant la période d'effacement du col, pendant sa dilatation ou seulement lorsque la dilatation est complète ? Si la femme meurt avant l'expulsion du fœtus, quel moyen donnera le plus de chances d'extraire un enfant vivant ?

L'accord est parfait sur quelques-unes de ces questions. Chez les femmes enceintes menacées d'accès éclamptiques, dans la période d'éclampsisme, tous les accoucheurs rejettent la provocation du travail, au moins avec des accidents légers. M. Bar a nettement indiqué la ligne de conduite à tenir dans ces cas : pas d'intervention lorsque les symptômes paraissent s'amender. « Mais si la situation est grave, si la thérapeutique que nous avons indiquée (Régime lacté absolu, repos, purgatifs, grands lavements, chloral, saignée, inhalations d'oxygène) se montre insuffisante, il est rationnel de provoquer l'accouchement, surtout si l'enfant est vivant ».

C'était déjà l'avis de M. Tarnier, il y a trente ans : « Il ne faut pas repousser d'une manière absolue l'accouchement prématuré, mais pour qu'on soit autorisé à proposer cette opération, nous demandons la réunion des conditions suivantes : 1^o que la grossesse ait atteint la fin du huitième mois afin que l'enfant nouveau-né puisse s'élever sans trop de difficultés ; 2^o que l'albuminurie soit parvenue à un haut degré ou que la malade ressente quelque signe précurseur d'éclampsie ; 3^o que la femme soit primipare ou qu'elle ait été atteinte d'éclampsie à un accouchement précédent ; 4^o qu'on ait constaté l'inefficacité du traitement médical et en particulier de la saignée. Dans ces conditions, l'accouchement prématuré me paraît rationnel ».

Actuellement, il est possible de provoquer l'accouchement avant huit mois révolus. Les couveuses étaient inconnues au moment où le professeur Tarnier fixait ces règles de l'intervention prématurée. Souvent, nous avons vu des enfants de sept mois ou sept mois et demi se développer normalement, grâce à l'incubation artificielle.

Avant la manifestation des accès éclamptiques, on ne saurait pourtant être trop réservé. Il ne faut intervenir, surtout loin du terme, que sous des indications bien déterminées : tels certains troubles oculaires graves.

Dans l'état de mal éclamptique, lorsque la dilatation est complète, même accord entre accoucheurs. Rompre la poche des eaux et terminer l'accouchement par une application de forceps ou la version par manœuvres internes est la règle. La rapidité de l'expulsion du fœtus, seule, empêche quelquefois de s'y conformer.

En cas de décès maternel, avec enfant vivant, il faut intervenir au plus vite par le moyen le plus rapide. Le choix de l'intervention seul soulève quelques discussions. Quelques opérateurs ont recours à l'opération césarienne, d'autres à la dilatation manuelle ou aux incisions cervicales. Quel que soit le procédé employé, les résultats sont peu brillants : l'enfant meurt avant son extraction. Nous avons pratiqué une opération césarienne pour fait semblable, nous n'avons retiré de l'utérus qu'un cadavre !

Le désaccord devient complet lorsqu'il s'agit de provoquer ou d'accélérer le travail chez une femme en proie aux convulsions éclamptiques.

Certains accoucheurs repoussent toute intervention.

D'autres admettent l'accélération du travail pendant la période de dilatation.

D'autres enfin préconisent l'intervention pendant le travail et pendant la grossesse.

Même désaccord au sujet des procédés opératoires.

L'accouchement forcé de Celse et Guillemeau ne rencontre plus de partisans : la dilatation effectuée par le fœtus lui-même ou avec le forceps, le basiotribe dans les cas de présentations cervicales est justement repoussé.

Les méthodes employées sont :

1° L'accouchement forcé au moyen des incisions cervicales.

2° L'accouchement méthodiquement rapide avec la main, les dilatateurs métalliques, les gros ballons.

3° L'accouchement provoqué habituel dans lequel on emploie les procédés classiques : petits ballons, sondes dilatatrices, corps étrangers, quelquefois rupture des membranes ou douches cervicales (?)

4^o L'opération césarienne.

Les incisions cervicales, vantées en Allemagne, l'opération césarienne préconisée par Halbertsma sont peu en honneur, en France surtout. L'accouchement provoqué habituel est également délaissé ; c'est l'accouchement méthodiquement rapide qui a la faveur des interventionnistes.

Partisans du traitement médical, partisans du traitement obstétrical s'appuient sur des raisons de même nature, se rattachant toutes, soit à la valeur de l'évacuation de l'utérus chez les éclamptiques, soit à la valeur de l'intervention.

Aussi après un aperçu historique de la question, étudierons-nous dans une première partie, les avantages et les inconvénients de l'évacuation de l'utérus, et dans une seconde, les avantages et les inconvénients de l'intervention.

Nous en tirerons ensuite de rapides conclusions.

HISTORIQUE

Il est impossible de donner un historique complet du traitement obstétrical de l'éclampsie. Longtemps, on laissa le travail évoluer spontanément. Guillemeau et Louise Bourgeois ne le provoquent que dans les cas d'hémorragie de la grossesse. En 1745, Rigauudeau extrait « un enfant de belle apparence, mais inanimé », de l'utérus d'une femme qu'il croit morte de convulsions. Il est tout étonné d'apprendre le lendemain la résurrection de l'un et de l'autre.

A la fin du siècle dernier seulement, un chirurgien anglais, Haighton, de Londres, suivant Reisinger, un chirurgien de province, suivant Merriman, se décide à délivrer prématurément les femmes dont la grossesse est pathologique.

La méthode se répand en Angleterre, en Allemagne et en Italie. La France lui fait mauvais accueil ; Baudelocque la bannit ; seule, M^{me} Lachapelle rompt les membranes pour hâter l'accouchement des femmes atteintes de convulsions.

En 1813, dans son *Traité de Médecine légale*, Fodéré, de Strasbourg, admet la provocation du travail chez les éclamptiques. L'Académie de Médecine, en 1827, repousse cette proposition ; dans aucun cas, elle ne reconnaît à l'accoucheur le droit de vider l'utérus avant terme.

En 1830, paraît la première observation d'accouchement provoqué chez une éclamptique. Lovati, de Pavie, reçoit dans

son service une primipare enceinte de huit mois. Elle a des vomissements graves, puis des convulsions. Il ponctionne les membranes de l'œuf et la parturiente met au monde un enfant vivant et guérit.

Stoltz et son élève Ferniot approuvent cette conduite après échec du traitement médical.

Blot, Depaul, Pajot, condamnent toute intervention. Dubois l'accepte au début de sa pratique, y renonce ensuite. Pour Cazeaux, il est permis dans quelques cas pendant le travail, de rompre la poche des eaux. Jamais de manœuvre pendant la grossesse. Cependant, si l'intérêt de la mère et du fœtus l'exige, une conduite plus active (dilatation manuelle, incisions cervicales), est permise, mais sans grand espoir pour la mère.

Velpeau, Chailly, Danyau, Joulain reconnaissent en France la nécessité de vider l'utérus des éclamptiques; et à l'étranger, c'est l'opinion de Hubert de Louvain, de Kiwisch, de Litzmann, de Crede, de Schillinger, de Krause, de Braun.

Alors, déjà deux grandes écoles : l'une n'admet que le traitement médical; l'autre voit dans l'évacuation de la matrice la première indication chez les femmes atteintes de convulsions. Et, dans cette dernière, que de divergences d'opinions. Les procédés sont variables, suivant que le col est dilatable ou dilaté, ou suivant sa non dilatation.

« Et pendant que les uns conseillaient la rupture artificielle des membranes seules (Dubois, Busch, Rul Ogez, Tarnier).

» D'autres ont été plus loin et ont voulu que l'on accélérât ou provoquât le travail sans attendre la dilatation du col (Kiwisch, Litzmann, Grenser, Stoltz, Chailly, Credé).

» D'autres enfin ont préconisé le débridement du col (Paré, Mesnard, Coutouly, Dubois, Lauverjat, Kiwisch, Kilian, Credé).

» Et tous les moyens propres à déterminer le travail ont été mis en usage. C'est ainsi que Braun conseille la dilatation manuelle, que le colpeurynter a été employé par Kiwisch, Wieger, Grenser, Litzmann, Simon Thomas, Schillinger; les douches utérines par Kiwisch, Grenser, Wieger, Simon Thomas, Legroux, Holst; le seigle par Danyau et autres. » (Charpentier, Thèse Agrégation, p. 121.)

M. Charpentier, dans sa thèse d'agrégation « sur l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques », combat l'intervention. Il ne l'admet qu'à dilatation complète.

L'heureuse influence du régime lacté comme traitement préventif de l'éclampsie, signalée par M. Tarnier, fait diminuer la fréquence de cette complication de la grossesse. L'étude des médications nouvelles (chloral, chloroforme), amène en France pendant une longue période (1872-1892), l'oubli du traitement obstétrical. Quelques rares observations sont publiées dans des revues; et le travail le plus important est inspiré par M. le Dr Vignard, professeur de clinique obstétricale à Nantes, à son élève, le Dr Lacambre. L'auteur est nettement partisan de l'intervention, qu'il s'agisse de provoquer ou de hâter le travail, toutes les fois que le fœtus vivant a au moins sept mois et demi. Quelques années plus tard, M. Varnier, dans la Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie, repousse toute manœuvre sur l'utérus. Pour lui, « l'éclampsie est comme le tétanique, chez qui la moindre excitation peut déterminer un paroxysme. »

En 1892, paraît le mémoire de Dührssen. Ce n'est plus le travail provoqué ou accéléré que préconise l'accoucheur allemand, c'est le travail forcé, et comme moyen opératoire, les incisions cervicales ! Ses statistiques justifient sa hardiesse. La majorité des accoucheurs étrangers l'approuvent ; les Français font des réserves : Partout la question est mise à l'étude, on la discute dans les sociétés obstétricales ; des thèses, des revues y sont consacrées.

A l'Académie de Médecine, M. Charpentier présente (1893), un remarquable rapport. Point par point, il discute les assertions de Dührssen, réfute ses conclusions et plus que jamais s'oppose à l'intervention. Il invite ses collègues à lui donner leur avis. Un seul y consent. M. Guéniot, chirurgien de la Maternité. Lui aussi repousse l'accouchement provoqué ou forcé, exception faite « des cas d'éclampsie à marche lente, indécise, inégale, qui peuvent être favorablement traités tout à la fois par le régime lacté et par la déplétion utérine. »

Au congrès international d'obstétrique de Genève (1896), les accoucheurs se divisent en trois groupes :

Les uns, partisans exclusifs du traitement médical. Ils sont presque tous Français.

Parmi eux, les docteurs Charpentier, Fochier, de Lyon, Queirel, de Marseille, Chaleix-Vivie et Audebert, de Bordeaux.

D'autres, partisans de l'intervention rapide dans tous les cas. Presque tous étrangers : Halbertsma, Mangiagali, Charles, Bossi, Morisani. Seul des Français, M. le Dr Pamard, d'Avignon, se montre de leur avis.

Quelques-uns enfin, sont éclectiques : Veit, de Leyden, et John Byers, de Belfast, n'interviennent pas pendant la grossesse et favorisent la dilatation pendant le travail.

M. Tarnier distingue deux états spéciaux dans l'éclampsie : l'éclampsie avant les accès, l'éclampsie en état de mal.

Comme traitement préventif, il administre le régime lacté absolu, avec du chloral à dose de 3 à 4 gr. par jour. Si l'enfant est viable et que les accidents, loin de s'amender, augmentent, il se décide à provoquer l'accouchement.

Pendant les accès, la marche du traitement est pour lui la suivante : large saignée au bras, purgatifs drastiques (une goutte huile de croton dans une cuillerée à soupe d'huile de ricin), chloroforme, chloral, régime lacté. Lorsque le col est dilaté, extraction rapide du fœtus. Il réserve l'intervention à des cas exceptionnels.

Cette conduite est acceptée par presque tous les accoucheurs français. Elle est décrite dans les traités classiques (article de M. Bar, dans le traité de MM. Tarnier et Budin), ou dans les mémoires spéciaux. C'est elle que préconisent les docteurs Boissard, Brindeau, Bué, Bottiau, Sonrel, Clément, Macé, Duguet, etc.

Quelques-uns, Demelin, Boissard admettent l'intervention dans quelques cas pendant la période de dilatation, mais jamais pendant la grossesse.

Seul le docteur David, élève du professeur Eustache de Lille se montre plus favorable à la provocation du travail, surtout dans l'intérêt de la mère.

Au contraire, un élève de M. le professeur Maygrier, le Dr Michel, arrive dans sa thèse aux conclusions suivantes :

1° Le traitement de l'éclampsie par l'accouchement provoqué n'est pas un traitement rationnel.

2° Ce traitement inutile dans les cas ordinaires, bénins, est parfois nuisible sinon à la mère du moins à l'enfant. Il est inefficace dans les cas graves.

Quelques travaux français récents semblent plus favorables à cette idée d'intervention.

M. le professeur Bonnaire, dans un article publié en décembre 1898 dans la *Presse médicale* estime que « sauf dans les cas où l'éclampsie frappe la femme enceinte longtemps avant le terme de la grossesse, à un moment où l'enfant n'est guère viable, il est indiqué tant dans l'intérêt de l'enfant que dans celui de la mère, de chercher à obtenir, sans déterminer des lésions, l'évacuation aussi rapide que possible de l'utérus. La dilatation du col pluridigitale et bimanuelle lui semble le moyen le plus simple, le plus anodin et le plus sûr pour atteindre ce but. »

Le professeur Fieux, de Bordeaux, dans la *Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie*, signale les heureux résultats de l'intervention dans un certain nombre de cas et se promet d'y avoir systématiquement recours. C'est encore la conclusion du docteur Danger dans sa thèse de doctorat.

Enfin, récemment, M. le docteur Dubrisay rappelait à la Société d'Obstétrique de Paris les heureux résultats que l'accouchement rapide avait donné à M. Ferri (6 décès sur 82 cas d'éclampsie) et présentait deux observations d'éclampsie dans lesquelles il crut devoir terminer rapidement l'accouchement par la dilatation manuelle. Il eut deux succès maternels !

À l'étranger, les accoucheurs, à quelque exception près, (Löhlein en Allemagne, La Torre en Italie) ont toujours recours au traitement obstétrical. Dührssen, Doderlein,

Schauta, Hautain, Zweifeil, l'américain Davis, Clifton Edgar, Paschali, Bocchi voient dans l'évacuation rapide de l'utérus une nécessité absolue. Aussi délaissent-ils l'accouchement provoqué habituel pour lui préférer l'accouchement rapide ou forcé.

PREMIÈRE PARTIE

De la valeur de l'accouchement chez les éclamptiques

L'accouchement, disent les partisans de l'intervention, est utile à la mère et au fœtus.

Pour la mère : 1° La grossesse est la cause première de l'éclampsie, la supprimer est mettre fin à l'état pathologique ; 2° L'accouchement, c'est un fait d'observation, entraîne le plus souvent la cessation ou la diminution des accès convulsifs.

Pour le fœtus : Sa vie est très menacée par les manifestations de l'éclampsie ; l'y soustraire, c'est lui assurer le salut.

Les adversaires de l'accouchement provoqué ou accéléré répondent :

L'accès éclamptique n'est que la manifestation d'une auto-intoxication, l'évacuation de l'utérus ne peut et ne saurait la faire disparaître subitement.

Les accès persistent dans les deux tiers des cas après l'accouchement ; dans certains cas, ils ne se manifestent que dans le post partum.

L'enfant n'a aucun profit de l'évacuation de l'utérus : souvent il est tué dès la première convulsion. S'il vient vivant, c'est un débile dont la mort est presque assurée.

L'examen attentif de chacun de ces arguments seul permet d'arriver à une conclusion : il doit s'appuyer non seulement sur des raisons théoriques, mais sur des chiffres statistiques ; c'est la méthode suivie par M. Charpentier dans sa communication à l'Académie. Nous l'imiterons ici.

De l'influence de l'accouchement sur l'état maternel

I

La grossesse est la cause de l'éclampsie : c'est certain. Sans elle, pas d'accès. La supprimer semble rationnel ; et, comme le dit Delore dans le dictionnaire encyclopédique (article éclampsie), l'intervention a pour elle l'axiôme ancien : « Sublata causa, tollitur effectus. » Malheureusement, son application, dans l'occasion, ne semble pas justifiée.

La grossesse, seule, ne suffit pas à déterminer les convulsions ; toutes les femmes seraient alors éclamptiques. Il n'en est rien. M. le professeur Budin, dans ses statistiques, en signale 57 cas sur 7,836, soit 1 cas sur 137 accouchements. M. Charpentier obtient la proportion de 1 éclamptique sur 354 femmes enceintes. Nous-même en avons trouvé 16 observations sur près de 3,000 consignées dans les registres de la maternité hospitalière de l'Hôtel-Dieu de Nantes. La proportion serait d'une éclamptique pour 187 accouchements.

La grossesse crée un état spécial sans lequel l'éclampsie est impossible ; il faut, pour amener la provocation des

convulsions, qu'à cet état s'ajoutent des troubles variables, encore mal définis.

D'ailleurs, au début, l'utérus gravide fut-il seul cause de tout le mal, les désordres sont généralisés au moment de l'apparition des accès. L'étude de la nature des convulsions éclamptiques le prouve.

Bien des théories ont été émises à ce sujet. Elles sont consignées dans des ouvrages classiques. Il est inutile de les citer ici. Une seule subsiste actuellement. L'éclampsie est la manifestation d'une intoxication, d'une toxhémie.

La physiologie, l'anatomie pathologique, la clinique, s'unissent pour le démontrer.

La femme éclamptique a un organisme qui fonctionne d'une façon anormale du fait de son état gravide et de par sa maladie.

La grossesse détruit l'équilibre qui, normalement, existe chez la femme saine entre les fonctions d'assimilation et de désassimilation.

Chez elle, il y a surproduction de poisons, élaboration, transformation, élimination défectueuses de ces poisons par surmenage des organes de défense, quelquefois même par altération cellulaire.

L'intestin est comprimé ; les aliments, les sucs de la digestion séjournent plus longtemps dans le tube digestif, les fermentations s'y développent avec une rapidité plus grande. Elles favorisent la multiplication des germes, hôtes habituels de notre organisme. Poisons exogènes, poisons endogènes trouvent ainsi des milieux de culture favorables à leur accroissement.

La vie cellulaire est troublée. L'augmentation des actes nutritifs favorise la formation de déchets plus abondants. Ces déchets sont moins oxydés dans l'organisme. Ils en deviennent d'autant plus toxiques. La désassimilation l'emporte sur l'assimilation.

Une nouvelle source de poisons s'est ajoutée à celles déjà nombreuses de l'organisme maternel : c'est l'œuf.

Le fœtus vit, il se développe. En lui, il y a assimilation et désassimilation ; et si une partie de ses poisons est détruite par le foie, le reste est porté, par les artères ombilicales, au placenta. Là, se font des échanges nombreux ; et, ainsi que Hochwelker l'a démontré, les substances fœtales toxiques passent dans le sang de la mère.

Les organes éliminateurs fonctionnent mal :

Ces organes, on le sait, sont de deux sortes : les uns, foie, glandes hématopoïétiques, glandes lymphatiques, destinés à arrêter, à détruire, à transformer les toxines ; les autres, rein, intestin, peau, poumons, organe de la menstruation, les éliminent et les rejettent au dehors.

Le foie est le plus important des organes du premier groupe. Il arrête certains poisons, les emmagasine et les deverse peu à peu dans le sang et dans la bile.

Il transforme les substances albuminoïdes, les savons, d'après Munck et fait perdre leur toxicité aux poisons putrides, aux sels ammoniacaux (Roger).

Il détruit les alcaloïdes (Schiff. Roger).

Chez la femme enceinte, M. le professeur Tarnier l'a souvent trouvé altéré, d'où insuffisance fonctionnelle. M. Bouffe de Saint-Blaise, il est vrai, nie cette altération.

Les organes du second groupe sont encore moins respectés.

L'appareil urinaire est comprimé, tiraillé; la vessie, l'urèthre le sont surtout.

La compression des uretères a été signalée; et, d'après M. Schwaab, les reins dans l'état gravidique, « sont gros, volumineux, congestionnés. Il existe des connexions nerveuses intimes entre eux et l'utérus. »

L'intestin fonctionne mal, il y a rétention des produits toxiques contenus dans la bile et les matières fécales. Cette rétention amène une absorption plus facile des toxines par la muqueuse intestinale.

La sécrétion menstruelle est supprimée. Cette sécrétion aurait une grande importance. Schmoukler et Keiffer pensent qu'elle débarrasse l'organisme d'une substance toxique spéciale en même temps que de produits excrémentiels. M. Charrin a d'ailleurs prouvé que le sang de la femme pendant la menstruation est hypertoxique. D'après M. Pinard, l'absence des règles, pendant la grossesse, constitue une rétention dans l'organisme de sécrétions toxiques qui exige l'intégrité absolue des autres organes éliminateurs.

Cette intégrité est loin d'exister chez l'éclamptique. Les organes de défense sont frappés dans leur vitalité: le foie surtout est atteint, le rein l'est quelquefois. Aussi, les liquides de l'économie, le sang surtout, n'ont plus leur composition normale.

Le sang est hypertoxique. MM. Tarnier et Chambrelent l'ont démontré expérimentalement. Par injection de sérum dans la veine auriculaire du lapin, ils ont constaté que la dose nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal était deux à trois fois moindre qu'à l'état sain. Pour eux, le degré de toxicité du sérum serait en raison directe de la gravité de la maladie.

MM. Hayem et Bar refusent à ces expériences une grande importance. Le sérum agirait comme coagulant.

Les urines au moment des accès sont diminuées de quantité : elles sont souvent hypotoxiques, quelquefois hypertoxiques ; le rein ne filtre plus suffisamment. Ces résultats expérimentaux, il est vrai, sont sujets à revision. C'est à peine si l'étude de la toxicité urinaire est commencée ; et, récemment, MM. Claude et Balthazar critiquaient les procédés employés jusqu'à ce jour.

L'étude chimique de l'urine montre l'insuffisance fonctionnelle du foie et souvent du rein. L'urée est diminuée : les produits d'oxydation incomplète, acide urique, leucine, xanthine, hypoxanthine, existent en plus grande abondance : aussi le coefficient azoturique de l'urine des éclamptiques est diminué. Il est habituellement au-dessous de 0,80 (Helouin). Il y a souvent de la peptonurie, de l'indicanurie, de l'urobilinurie, de la glycosurie alimentaire. L'albumine fait rarement défaut.

Toutes ces modifications indiquent l'existence de troubles fonctionnels, anciens ou récents ; mais qui n'en sont pas moins réels dans la période d'état des convulsions éclamptiques.

Ces troubles sont identiques à ceux des intoxications.

A l'autopsie de femmes mortes d'éclampsie, on trouve des lésions variées. Les principales, les plus constantes, sont des lésions hépatiques ; viennent ensuite les lésions rénales ; les autres sont extrêmement variables.

Depuis six mois, il nous a été permis d'examiner les organes de deux éclamptiques. La première fait le sujet de

l'observation 26. La seconde, chez laquelle il n'y a pas eu d'intervention, n'appartenait pas au service de la maternité hospitalière.

Voici les résultats de nos examens tant macroscopiques qu'histologiques du foie et des reins.

Foie

OBSERVATION I

Le foie est volumineux, pèse 1830 grammes. Sa coloration est brun-jaunâtre. Nulle part, on aperçoit d'hémorragies sous-capsulaires.

Le tissu hépatique est très mou, friable. A la coupe, teinte jaune bilieux. Pas de piqueté hémorragique perceptible.

Examen microscopique : examiné à faible grossissement (Ocl. Ob. 3. Nacet), le foie ne présente pas, de prime abord, d'altérations notables. La capsule de Glisson n'est pas hypertrophiée. Les lobules hépatiques sont assez bien conservés ; dans quelques points seulement, quelques dislocations trabéculaires. Le tissu conjonctif interlobulaire n'est pas proliféré.

Avec un grossissement plus considérable, on distingue mieux les détails histologiques des cellules.

Dans toute l'étendue de la préparation, le noyau cellulaire se colore assez vivement en violet par l'hématéine. Plusieurs se montrent avec des figures karyokinétiques. Les contours cellulaires sont nets : le protoplasma, coloré en brun jaune, offre son aspect habituel. Nulle part, existent des foyers de cellules embryonnaires.

Si maintenant, on se rapproche des points déjà signalés où il y a dislocation trabéculaire, les cellules présentent quelques altérations : quelques-unes ont une teinte jaune uniforme. Leurs contours sont flou. C'est à peine si le

(1) Les pièces qui ont servi à faire l'examen histologique ont été fixées par l'alcool, incluses au collodion et débitées en coupes minces. Les procédés de coloration ont varié : quelques coupes ont été colorées au picro carmin, d'autres à la double coloration (hématéine et picro-carmin) ; certaines, enfin, ont été traitées par le carmin aluné.

noyau est teinté d'un bleu pâle. Plusieurs semblent en être dépourvues ; d'autres, au contraire, en ont deux et quelquefois trois.

Dans aucune, on ne rencontre de dégénérescence granulo-graisseuse bien nette. Peut-être, dans une ou deux, voit-on quelques granulations brillantes, premier stade de cette altération.

Les capillaires qui existent dans cette partie de la coupe, montrent un endothélium un peu gonflé et un petit manchon de cellules embryonnaires périvasculaires. Leur lumière est légèrement dilatée.

Aucun de ces vaisseaux ne renferme de sang. Quelques rares cellules hépatiques au milieu de leur lumière : nous n'y attachons pas grande importance, ces éléments anatomiques ont pu être entraînés à la place qu'ils occupent au moment des manipulations.

Au niveau des espaces-porte, il est facile de constater une certaine dilatation de ces espaces, un peu d'augmentation du tissu conjonctif et une infiltration embryonnaire des parties périphériques du lobule.

Les vaisseaux, veine et artère, y sont dilatés, hyperplasiés surtout dans leur tunique externe.

Les canalicules biliaires apparaissent avec une grande netteté. Leur épithélium est fortement coloré en bleu par l'hématéine : nulle part on ne peut signaler la formation de néo-canalicules.

Veine centrale du lobule : la paroi de ce vaisseau n'est pas modifiée, son endothélium se colore nettement. Tout autour du vaisseau, la travée hépatique est bien conservée et les cellules n'offrent aucune altération.

En résumé, l'examen de ce foie montre que les lésions sont notablement prédominantes sur les cellules hépatiques. L'élément vasculaire est peu touché, légèrement dilaté. Les régions voisines des espaces-porte sont les plus atteintes.

OBSERVATION II

Macroscopiquement : le foie est peu augmenté de volume, poids normal. Coloration brun-jaunâtre : petites marbrures hémorragiques très fines sous la capsule de Glisson, ayant un aspect étoilé.

Tissu très mou. A la coupe, teinte jaunâtre : dans l'organe, un grand nombre de petites cavités, de grosseur variable, les plus grandes atteignant celle d'un pois.

Examen microscopique : On peut déjà se rendre compte par un examen à un faible grossissement de préparations colorées au picro carmin de la

profonde altération de l'organe. Les coupes fixent mal la matière colorante, elles se présentent avec une teinte jaune uniforme.

En allant de la périphérie vers le centre, nous trouvons la capsule de Glisson avec son épaisseur normale, sans trace de prolifération embryonnaire.

Elle tranche sur le reste de la préparation par sa teinte rosée très prononcée : dans plusieurs points, légères hémorragies sous-capsulaires.

En dedans, le tissu du foie est notablement altéré. La cellule hépatique, examinée à un plus fort grossissement, présente des caractères de nécrobiose marquée. Dans beaucoup d'entre elles on voit un contour plus ou moins flou, une masse protoplasmique granuleuse et la plupart du temps aucune trace de noyau.

Dans nombre de points, l'orientation cellulaire est complètement bouleversée. Les cellules, gonflées, semblent jetées sans ordre : cette dislocation est telle par endroits, que les cellules hépatiques, n'étant plus soutenues, ont disparu de la préparation où existent de nombreuses lacunes, la parcourant dans toute son étendue : ces lacunes expliquent les cavités signalées sur la coupe macroscopique au moment de l'autopsie. Cette explication s'admet d'autant mieux que, dans ces points, la nécrobiose cellulaire est portée à ses limites extrêmes.

Dans de rares points on retrouve, bien conservée, la disposition de la trame hépatique. A ce niveau seulement, les cellules du foie se colorent mieux et gardent leurs caractères habituels.

Malgré les recherches les plus minutieuses, il nous a été impossible de trouver trace de la dégénérescence granulo-graisseuse.

Vaisseaux : les capillaires qui existent entre les travées hépatiques sont par endroits difficilement visibles, les cellules tuméfiées les compriment ; vers la périphérie des lobules, ils sont notablement dilatés.

Espaces-Porte : Les vaisseaux sanguins, la veine surtout, sont dilatés. La lumière de l'artère est libre, l'endothélium bien conservé. Dans la veine, existe un magma fibrineux au milieu duquel s'étalent quelques cellules hépatiques.

Quelques vaisseaux biliaires ont dans les espaces-porte certaines altérations, leur épithélium est un peu gonflé, fortement coloré et par endroits, on croit voir le long de leur paroi une double assise de cellules.

La prolifération de néo-canalicules biliaires se retrouve jusqu'au milieu des travées hépatiques.

La veine centrale du lobule ne présente aucune trace de lésions.

Par conséquent, dans ces deux organes, double lésion : lésion cellulaire, lésion vasculaire. Les lésions cellulaires sont de beaucoup les plus marquées.

Reins

OBSERVATION I

Les deux reins pèsent chacun 170 grammes. Ils sont pâles, se décortiquent bien, la couche corticale est hypertrophiée. Les pyramides de malpighi paraissent saines.

Examen microscopique : Examiné dans son ensemble (Oc. grand champ, Ob. 5, Nacet), les coupes présentent des lésions assez discrètes portant uniquement sur les glomérules et la zone des tubes contournés. Le reste des tubes urinifères est sain.

Ces lésions consistent en une légère infiltration des glomérules malpighiens par des cellules embryonnaires. Un certain nombre d'entre eux sont légèrement rétractés et laissent un espace libre entre la paroi vasculaire et la capsule. D'autres ne présentent aucune trace d'atrophie. Partout, légère inflammation péri-capsulaire caractérisée par la présence de nombreuses trainées de cellules embryonnaires.

Au niveau des tubes contournés se trouve le maximum des lésions. L'épithélium est trouble, granuleux, gonflé, obstruant complètement le canalicule et faisant disparaître sa lumière. Dans nombre de cellules épithéliales, le noyau ne paraît pas. Beaucoup de tubes sont privés de leur revêtement épithélial complètement desquamé. Là, les tubes donnent à la préparation un aspect aréolaire.

Dans le tissu conjonctif qui entoure ces tubes contournés, on trouve de nombreuses cellules embryonnaires.

Du côté des vaisseaux de moyen calibre, pas de modifications. Au niveau des capillaires, des glomérules et des tubes contournés, légère extasie vasculaire.

Donc, lésions de néphrite épithéliale prédominantes dans la zone des glomérules et des tubes contournés.

OBSERVATION II

Macroscopiquement, le rein est augmenté de volume, il pèse 170 grammes. La substance corticale est hypertrophiée.

Examen microscopique : Examiné dans son ensemble, le rein a son aspect normal, la zone correspondant aux tubes contournés seule présente une certaine dégénérescence et est mal colorée. A plus fort grossissement. (Oc. I, Ob. 5, Nachet), en procédant de la partie périphérique vers le centre de la coupe, on se rend facilement compte que ces espaces mal colorés appartiennent aux tubes contournés. Le reste du tube urinifère est sain.

A grossissement encore plus fort, on distingue nettement la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules épithéliales des tubes contournés. Elles sont troubles, tuméfiées, diminuent la lumière du tube et l'obstruent quelquefois complètement. Les noyaux se colorent mal.

Enfin, dans un tout petit nombre de tubes, existent quelques cylindres ou moules urinifères. Ils se voient surtout dans la partie large du tube de Henlé.

Les glomérules sont relativement respectés. La plupart sont normaux, quelques-uns légèrement pathologiques. Il y a prolifération du tissu conjonctif et étouffement des cellules du glomérule.

En somme, dans ce rein, néphrite épithéliale localisée surtout à la zone des tubes contournés.

Nous ne pourrions tirer des conclusions de ces deux examens, si les lésions signalées n'avaient été décrites dans toutes les nécropsies d'éclampsie. Ces faits, depuis les travaux de Pilliet et Letienne, de Bar, de Schmorl, de Bouffe de Saint-Blaise, sont trop connus pour y insister.

A côté de ces désordres, s'en trouvent d'autres dans les différents organes ; mais rien de plus variable que leur manifestation ; ils peuvent manquer ou être à peine manifestes ; les principaux sont des œdèmes et des foyers hémorragiques. Leur siège est tantôt au cerveau, tantôt aux poumons, tantôt dans la rate. Les fibres musculaires sont souvent atteintes de dégénérescence et la myocardite n'est pas rare.

Ces différentes lésions se rencontrent dans les intoxications : les troubles hépatiques et rénaux sont absolument identiques à ceux que Claude a déterminés sous l'influence de

certaines toxines. C'est là une nouvelle preuve de la nature toxique des accidents éclamptiques.

Comment, cliniquement, se manifeste l'éclampsie ? Au début, dans la période d'éclampsisme, une vive céphalée frontale, des névralgies crâniennes, de l'insomnie, de la torpeur intellectuelle ; la sensibilité diminue, le caractère change. Puis surviennent des troubles sensoriels : amblyopie, diplopie, bourdonnements d'oreilles, perversion du goût, névralgies périphériques : les vomissements, la dyspnée, la douleur épigastrique, les œdèmes étendus, annoncent l'imminence des accès. Ils éclatent et se déroulent en présentant successivement leur période d'invasion, de convulsions toniques et de convulsions cloniques, puis survient le coma dont l'éclampsie n'est souvent tiré que par un nouvel accès. Et, pendant ce temps, tous les appareils sont touchés ; la respiration est suspendue, les battements de cœur deviennent moins nets, le pouls est petit, serré. Ces phénomènes se reproduisant, ils pourraient se prolonger indéfiniment, si une thérapeutique rationnelle ne venait y soustraire la malade ou si une complication ne l'emportait au milieu du coma ou des convulsions.

Ce rapide tableau des manifestations éclamptiques permet d'en montrer la ressemblance avec certains accidents nerveux des intoxications et en particulier avec ceux de l'ictère grave : ce sont absolument ceux que M. Hanot, et depuis Lévi, ont décrits dans l'insuffisance hépatique. Les manifestations éclamptiques sont dues à l'action des toxines ; « le poison accumulé dans le sang agit sur le système nerveux ; et de nombreux symptômes en résultent. Dans la sphère motrice

de ce système, accès convulsifs, paralysies ; dans la sphère physique, délire, manie, coma ; dans la sphère sensorielle, tintements d'oreilles, troubles de la vue, céphalée, douleur épigastrique, fourmillements dans les membres ; dans la sphère nutritive, dyspnée intense, troubles de la respiration, troubles de la marche du cœur, diarrhées incoercibles. » (P. Bar.)

Ainsi, l'éclampsie est bien une intoxication, mais quel est le poison pathogène et d'où vient-il ? C'est un poison convulsivant : voilà tout ce qu'on sait de sa nature ; quant à son origine précise, elle est inconnue.

L'accouchement sera-t-il sans influence sur cette toxhémie ? ou arrivera-t-il à favoriser l'élimination des toxines, à détruire les sources d'intoxication, à rendre leur vitalité aux cellules malades ?

Tout accouchement s'accompagne d'une perte de sang, et par cette perte, il a une heureuse influence sur l'intoxication de l'organisme. Non seulement, l'hémorragie de la délivrance entraîne mécaniquement une certaine quantité de poisons, mais elle détermine la formation de globules blancs, nouveaux organes de défense et augmente la sécrétion urinaire ; elle est ainsi d'une triple utilité.

On peut objecter que l'écoulement de sang est minime : 150 grammes environ. Souvent, chez les albuminuriques, il est plus abondant. L'inertie utérine n'est pas rare ; nous l'avons trouvée signalée un certain nombre de fois ; et puis, est-il nécessaire de tant anémier l'éclamptique ? M. le professeur Depaul pratiquait de larges saignées. Sa statistique est déplorable ; la mortalité maternelle s'y élève à 37 pour 100.

La déplétion utérine, seule, est capable de faire disparaître la compression des différents organes. Elle rend à l'intestin son fonctionnement normal ; et, chacun sait l'importance de la rétention des matières fécales dans la production de la toxhémie ; dans quelques cas, elle pourrait en être le point de départ.

Les voies urinaires cessent également d'être tiraillées. On a souvent, chez les éclamptiques, signalé la compression des uretères ; on en a voulu même faire une théorie pathogénique. Le fait est loin d'exister constamment ou il nous est impossible à dépister. Il n'en est pas moins vrai qu'il existe quelquefois ; et qu'il faut, sous crainte de désordres graves, assurer le libre cours à l'écoulement de l'urine.

Vider l'utérus, c'est enfin supprimer la toxhémie fœtale. Elle n'est pas quantité négligeable. Son rôle pour quelques accoucheurs et physiologistes est prépondérant. Certains même y voient la cause des convulsions éclamptiques. Ainsi pensent Chrobak, Nikiforov, Pastolaza, Pascalini, Morisani, Severardi, Von Pegma, Tmeedy, Potter, Byers et un grand nombre d'accoucheurs anglais.

C'est l'avis de Cheynisse, de Hochwelker. Le fœtus fournit des déchets d'autant plus nombreux que son organisation est plus complexe. Ce sont eux qui amènent la surproduction de toxines dans l'organisme maternel et déterminent les accès éclamptiques.

Cette théorie est séduisante, mais n'est-elle pas trop absolue ? Il est certain que l'influence du fœtus est considérable. Il y a échange perpétuel de toxines entre lui et la mère au niveau du placenta. L'état maternel influe sur l'organisme fœtal, et l'état fœtal sur l'organisme maternel. Les expériences

de MM. Launois et Briau, de Hochwelker le prouvent. Toute intoxication de la mère retentira sur le fœtus et réciproquement; et, si les organes de défense du second organisme ne peuvent résister à ce surmenage, celui-ci à son tour aura une action nocive sur le premier : c'est ce qui arrive dans l'éclampsie et il en résulte une augmentation croissante de produits toxiques pour la mère et le fœtus.

La clinique montre l'importance du fœtus sur l'évolution des accidents éclamptiques. Sans grossesse, pas d'éclampsie. M. Bouffe s'appuie sur quelques cas de convulsions observées dans la grossesse molaire pour s'élever contre le trop absolu de cette idée. Mais là encore, il y a un organisme surajouté, en relation constante avec la circulation maternelle, organisme pathologique dont la valeur toxique est encore inconnue.

De plus, l'intoxication éclamptique se manifeste presque toujours dans la seconde moitié de la grossesse, alors que les produits excrémentiels du fœtus sont plus abondants. Elle est plus fréquente dans les cas de grossesse gémellaire (1 sur 15,5 Clément), lorsque l'enfant est volumineux (Hochwelker) toutes choses égales par ailleurs.

Enfin, la mort du fœtus amène souvent la cessation des accidents. C'est un fait d'observation et M. Bouffe, qui nie l'influence prépondérante du fœtus, admet l'influence favorable de sa mort sur l'état maternel. « Cela est dû, dit-il, à ce que l'état spécial, que nous avons incriminé, cesse à partir du moment où l'œuf cesse de se développer. » (Bouffe, hépatotoxémie gravidique, p. 74). Cette influence sera la même si l'on débarrasse l'utérus de la source d'intoxication.

Comment alors expliquer la cessation des accidents éclamptiques alors que le fœtus continue à vivre ? Les observations de ce genre existent, nous en avons consigné une vingtaine : (voir page 69). C'est que dans ces cas, grâce à la thérapeutique employée, les organes d'élimination de la mère sont mis en état de résister au surmenage qui leur est imposé. Ces faits sont, d'ailleurs, rares ; et, lorsque la grossesse se poursuit quelque peu, le produit de conception est mort la plupart du temps.

Faut-il ajouter que seul encore, l'accouchement est capable de ramener la sécrétion menstruelle ? Nous n'insisterons pas ; cette sécrétion se manifestant à nouveau longtemps après la parturition, l'organisme maternel est alors rétabli. D'ailleurs, dans la pathogénie de l'éclampsie, nous attachons à la suppression des règles une moindre importance qu'à la présence du fœtus dans l'utérus. Jamais on a observé d'éclampsie dans les autres états aménorrhéiques, et ils sont nombreux. L'absence de règles peut avoir de l'importance, mais seulement pendant la grossesse.

Vider l'utérus, c'est ainsi supprimer certaines sources d'intoxication, c'est même en partie favoriser l'élimination des toxines déjà formées.

A côté de ce rôle utile, l'accouchement a ses inconvénients : il s'accompagne d'un travail assez considérable ; et, tout travail amène la formation de produits toxiques ; il a une influence fâcheuse sur le système nerveux qu'il irrite, et les poisons éclamptiques sont des poisons convulsivants !

Aussi peut-il suffire à déterminer l'apparition des accès, soit pendant le travail, soit sitôt après la délivrance : ces effets sont sans grande importance ; ils peuvent être amoindris

et annihilés par l'usage des anesthésiques, chloroforme et chloral. Maniés avec prudence, ces médicaments sont d'une utilité indiscutable. Non seulement ils ont une action anesthésique, mais ils neutralisent les effets des poisons convulsivants de l'organisme.

Quand les convulsions se déclarent après l'accouchement, le pronostic en est moins sombre : l'organisme fœtal n'est plus là ; la clinique nous le prouvera mieux que tous les raisonnements.

Ces inconvénients de l'accouchement ne sont pas à opposer à son utilité qui, théoriquement, est incontestable.

II

Les chiffres statistiques viennent confirmer cette opinion.

Il est difficile d'apprécier exactement la valeur d'un traitement dans l'éclampsie. La médication a été rarement unique. On ne sait quelle importance attribuer à chacun des agents employés.

Dans certains cas, la mort est fatale et l'on est obligé de considérer l'influence de la médication sur certains symptômes. A l'état de mal, trois dominent la scène : les convulsions, le coma, la marche de la température.

Le nombre et l'intensité des convulsions assombrissent le pronostic, mais leur valeur n'est pas absolue : les faits de Bailly et de Pajot sont trop connus pour s'y arrêter.

Le coma est plus important. M. Charpentier y a justement insisté. Plus le coma est prolongé, moins nombreuses sont ces chances de guérisons.

La marche de la température est également d'une grande utilité pour le pronostic. La gravité est en raison directe de

l'élévation de la température et de la persistance de cette élévation (M. Budin).

Fait curieux, dans toutes les statistiques, on juge de l'influence de l'accouchement sur l'éclampsie par son influence sur le nombre des crises.

On s'occupe rarement du coma : et, la température n'est pas toujours indiquée d'une façon régulière.

Après l'accouchement, les crises peuvent cesser ou continuer, moindres, égales, ou plus nombreuses.

Dührssen (*Munch. méd. Vochenschr*, 26 juin 1894) a examiné quatre-vingts fois l'influence de l'accouchement sur les convulsions. 75 fois elles ont cessé : soit dans 93.75 % des cas. Il y a eu 19 décès.

Dans une autre statistique, Dührssen obtint sur 118 observations :

Cessation des accès 65, avec décès 17.

Continuation et amélioration 40.

Continuation et aggravation 13, avec décès 5.

Il en conclut qu'il y a eu amélioration dans 105 cas, soit dans 89 % des cas.

Cette conclusion est inadmissible. Considérer comme amélioration des cas suivis de mort semble difficile.

Aussi croyons-nous pouvoir conclure de cette statistique :

Influence heureuse : (65—17) $48 + 40 = 88$, soit 74.57 %.

Aggravation sans mort = 8, soit 6.77 %.

Mort, $17 + 5 = 22$, soit 18.64 %.

Braun a vu 16 fois la cessation des accès sur 23 observations,

Brümmerstadt, 18 fois la cessation des accès sur 62 observations, soit 29 % des cas,

Schauta, 62 fois la cessation des accès sur 185 observations, soit dans 33.50 % des cas.

Wieger, 39 fois la cessation des accès sur 111 observations, soit dans 35.13 % des cas; 25 fois la diminution, soit 31.53 %; 37 fois l'augmentation, soit 33.33 %.

Léopold prétend que les accès cessent dans 54 % des cas, Lantos dans 69.3 %, Lohlein dans 80.7 % et Olshausen dans 85 %.

En France, André et Michel ont constaté que l'accouchement amenait la cessation des convulsions dans un peu moins de la moitié des faits observés.

Nous avons recueilli 1,106 cas d'éclampsie. Ils se répartissent ainsi :

1° Observations recueillies par M. Charpentier et consignées dans sa thèse d'agrégation.....	297
2° Observations de la Maternité de Paris publiées dans la même thèse.....	54
3° Observations de l'hôpital des Cliniques depuis sa fondation jusqu'en 1897, consignées dans la thèse d'agrégation de M. Charpentier et dans les thèses de doctorat de Casamayor et de Michel.....	273
4° Statistique de l'hôpital Lariboisière (1883-1890) et de la Maternité Baudelocque (1890-1893).....	77
5° Statistique de M. Maygrier (In thèse Michel),...	44
6° Statistique de la Maternité de Marseille (In thèse Laugier).....	41
7° Observations diverses recueillies dans les registres de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Nantes et dans les	
<i>A reporter</i>	786

<i>Report</i>	786
thèses ou monographies de MM. Danger (Montpellier 1899), Fieux (<i>Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie</i>), Lefloch (thèse Bordeaux), Azais (thèse Lyon), Fouqueau (thèse Paris), Gérard (thèse Paris), Duguet (thèse Bordeaux), Lugeol (<i>Archives tocologie</i>), Macé, Duchemin, Sonrel, Moreau, Bernheim, Fourrier, Fauny, Tucoulat (thèses Paris), Arnal (thèse Montpellier), Bleyne (<i>Limouzin médical</i>), Bué (<i>Archives tocologie</i>), Ménager (<i>Gaz. méd. de Nantes</i>), etc.....	320
	1.106

Nous avons recherché l'influence de l'accouchement, et sur le pronostic de la maladie, et sur le nombre des accès. Nous n'avons tenu aucun compte de la nature de l'accouchement, qu'il soit spontané ou artificiel, naturel ou aidé. Les cas où les détails manquaient ont été éliminés.

1° Statistique de M. Charpentier

(Thèse Agrégation, 1872)

Cette statistique a été déjà publiée par M. le Dr Michel, et tandis que M. Charpentier obtenait une mortalité de 24.2 pour 100, M. Michel en trouve une de 33 pour 100.

Sans contrôle préalable, nous avons trouvé 219 guérisons et 76 décès, au lieu de 220 guérisons et 77 décès constatés par M. Charpentier ; la différence vient de 2 observations contenant plusieurs faits, que nous avons retranchées.

Par conséquent :

297 cas : 2 éliminés.

Guérisons..... 219

Décès..... 76

Mortalité..... 24 ‰.

Eclampsie ante partum, 242 observations ; décès, 63.

Eclampsie post partum, 55 observations ; décès, 14.

Guérison avant l'accouchement..... 15 cas

Mort avant l'accouchement..... 8

Accouchement favorable..... 150

Avec cessation des accès. 103

Avec diminution..... 30

Sans explication..... 17

Guérison avec accès plus nombreux après

l'accouchement..... 12

Guérison avec début des accès après l'accou-

chement..... 41

Mort après l'accouchement..... 69

Avec cessation des accès. 23

Avec diminution..... 7

Avec augmentation..... 16

Eclampsie post partum.. 14

Sans indication..... 9

2^o Statistique de la Maternité (Thèse Ag. Charpentier)

54 cas : décès, 19 ; mortalité, 35 ‰.

Eclampsie ante partum, 41 ; décès, 16.

Eclampsie post partum, 13 ; décès, 3.

Cas éliminés pour sort maternel inconnu..	7 cas
Accouchement favorable	14
Avec cessation des accès.	5
Avec diminution.....	9
Guérison avec augmentation du nombre des accès après l'accouchement.....	5
Guérison avec production des accès après l'ac- couchement.....	9
Mort après l'accouchement.....	19
Avec cessation des accès....	9
Avec diminution.....	2
Avec augmentation.....	4
Dans l'éclampsie post partum	3
Par infection.....	1

3° Statistique de l'Hôpital des cliniques

a. Thèse agrégation Charpentier (1834-1872).

133 cas : sort maternel inconnu, 6 ; restent, 127 ; décès, 45 ;
mortalité, 37 %.

Eclampsie ante partum, 107 cas ; décès, 40.

Eclampsie post partum, 20 cas ; décès, 5.

Les accès ont cessé au moins 24 heures avant l'accouchement..... 9 cas

Accouchement favorable..... 50

 Avec cessation des accès. 34

 Avec diminution 16

Guérison avec augmentation du nombre des
 accès après l'accouchement 8

Guérison avec production des accès après l'accouchement.....	15
Mort après l'accouchement.....	45
Avec cessation des accès ..	15
Avec diminution.....	12
Avec augmentation.....	8
Éclampsie post partum...	5
Sans renseignement	5

b. *Thèse Casamayor (1872-1892).*

100 cas : décès, 35 ; mortalité, 35 %.

Eclampsie ante partum, 92 cas ; décès, 34.

Eclampsie post partum, 8 cas ; décès, 1.

Cessation des accès au moins 24 heures avant l'accouchement.....	2 cas
Mort survenue avant l'accouchement.....	1
Accouchement favorable.....	53
Avec cessation des accès .	21
Avec diminution.....	32
Guérison avec augmentation du nombre des accès après l'accouchement.....	3
Guérison avec début des accès après l'accouchement	7
Mort après l'accouchement.....	34
Avec cessation des accès.	15
Avec diminution.....	11
Avec augmentation.....	7
Éclampsie post partum...	1

c. *Thèse Michel (1892-1897).*

40 cas : décès, 4 ; mortalité, 10 %.

Eclampsie ante partum, 34 cas ; décès, 4.

Eclampsie post partum, 6 ; décès, 0.

Cessation des accès au moins 24 heures avant

l'accouchement..... 12

Accouchement favorable..... 15

Avec cessation des accès. 4

Avec diminution..... 5

Guérison avec augmentation du nombre des

accès après l'accouchement..... 3

Guérison avec production des accès après

l'accouchement..... 6

Mort après l'accouchement 4

Avec cessation des accès... 2

Avec diminution 0

Avec augmentation..... 1

Sans renseignement..... 1

Ces trois statistiques réunies donnent :

Cas, 273 ; sont élim., 6 ; décès, 84 ; mort, 31.50 %.

Eclampsie ante partum, 23 ; décès, 78.

Eclampsie post partum, 34 ; décès, 6.

Guérison avant l'accouchement..... 23 cas

Mort avant l'accouchement..... 1

Accouchement favorable..... 118

Cessation des accès 65

Diminution 53

Guérison avec augmentation après l'accou-

chement du nombre des accès 14

Guérison avec production des convulsions	
après l'accouchement.....	28
Mort après l'accouchement.....	83
Cessation des accès.....	32
Diminution	23
Augmentation.....	16
Éclampsie post partum....	6
Sans renseignement	6

4° Statistique, Maternité Lariboisière 1883-1890.

Clinique Baudelocque 1890-1893

a. *Statistique Varnier (Lariboisière, 1883-1888).*

50 cas : décès, 7 ; mortalité, 14 ‰.

Eclampsie ante partum, 42 observations ; décès, 5.

Eclampsie post partum, 8 observations ; décès, 2.

Cessation des accès au moins 24 heures avant l'accouchement..... 10 cas.

Mort avant l'accouchement... 1 cas.

Accouchement suivi de guérison. 35 cas, dont 6 post partum.

Accouchement suivi de mort. 4 cas, dont 2 post partum.

b. *Statistique Dubost (Lariboisière 1888-1890).*

11 cas : guérison, 8 ; mort, 3.

c. *Statistique Germont (Beaudelocque 1890-1893).*

16 cas : décès, 3.

Eclampsie ante partum, 13 ; décès, 3.

Eclampsie post partum, 3 ; décès, 0.

Cessation des accès longtemps avant l'accouchement	3 cas
Mort avant l'accouchement.....	1
Influence favorable de l'accouchement.....	7
Guérison avec début des accès après l'accouchement.	3
Mort après l'accouchement.....	2

Résumé de cette statistique :

Eclampsiques, 77 ; guérisons, 64 ; décès 13 ; Mortalité,
16.88 ‰.

Eclampsie ante partum, 55 ; décès, 8.

Eclampsie post partum, 11 ; décès, 2.

Le moment d'apparition des accès n'est pas indiqué dans
11 cas, dont 3 décès.

Cessation des accès longtemps avant l'accouchement	13 cas
Mort avant l'accouchement.....	2
Influence favorable de l'accouchement.....	36
Guérison avec début des accès après l'accouchement.....	9
Mort après l'accouchement.....	6
Pas d'indication suffisante	11

5° Statistique de M. Maygrier (thèse Michel)

Eclampsiques, 44 ; décès, 17 ; mortalité, 38.63.

Eclampsie ante partum, 37 ; décès, 75.

Eclampsie post partum, 7 ; décès, 2.

Cessation des accès longtemps avant l'accouchement	3
--	---

Accouchement favorable.....	15
Cessation des accès.....	8
Diminution.....	7
Guérison avec augmentation des accès après l'accouchement.....	4
Guérison avec début des accès après l'accou- chement	5
Morts après l'accouchement.....	17
Cessation des accès.....	7
Diminution	6
Augmentation.....	2
Éclampsie post partum ..	2

6° Statistique de la Maternité de Marseille

(thèse Laugier)

Eclamptiques, 41 ; décès, 20 ; mortalité, 48.7.

Eclampsie ante partum, 35 ; décès, 19.

Eclampsie post partum, 6 ; décès, 1.

Mort avant l'accouchement.....	1 cas
Accouchement favorable	14
Cessation des accès.....	4
Diminution.....	10
Guérison avec augmentation des accès après l'accouchement.....	2
Guérison avec début des accès après l'accou- chement.....	5
Mort après l'accouchement.....	19
Cessation des accès.....	4
Diminution	11

Augmentation.....	3
Post partum	1

7° Statistiques particulières

Eclamptiques, 320 ; décès, 63 ; mortalité, 19.68.

Eclampsie avant l'accouchement, 284 ; décès, 56.

Eclampsie post partum, 36 ; décès, 7.

Sort inconnu, 1 cas.

Cessation des accès au moins 24 heures avant

l'accouchement..... 23 cas

Mort avant l'accouchement..... 10

Accouchement favorable..... 181

Avec cessation des accès. 111

Avec diminution 70

Guérison avec augmentation du nombre des

accès après l'accouchement..... 23

Guérison avec début des accès après l'accou-

chement..... 29

Mort après l'accouchement..... 53

Cessation des accès..... 19

Diminution..... 15

Augmentation 14

Post partum 7

Récapitulation

Eclamptiques. 1,106.

Sort inconnu.. 16 ; restent..... 1,090

Décès..... 292 ; mortalité.... 26.78.

Eclampsie avant l'accouchement.....	927
Décès, 257 ; mortalité, 27.72	
Eclampsie après l'accouchement.....	163
Décès, 35 ; mortalité, 21.60	
Cessation des accès avant l'accouchement.	77
Mort avant l'accouchement.....	22
Accouchement favorable sur la marche de l'affection et sur les accès.....	513
Avec cessation des accès..	288
Avec diminution.....	172
Sans renseignement.....	53
Accouchement suivi de guérison mais avec augmentation des accès.....	60
Accouchement avec éclampsie post partum suivi de guérison.....	126
Mort après l'accouchement.....	270
Avec cessation des accès..	92
Avec diminution.....	64
Avec augmentation.....	56
Éclampsie post partum ...	36
Sans indication.....	22

Retranchons les 99 observations où l'accouchement n'a pu être utile par cessation antérieure des accidents ou par mort.

Il reste : observations, 991 ; guérison..... 721 cas

Accouchement manifestement favorable. 527, soit 53.17 %

 Avec cessation des accès..... 296, soit 29.86 %

 Avec diminution..... 178, soit 17.96

 Sans indication..... 53

Accouchement suivi de convulsions

plus nombreuses et de guérison... 186, moyenne, 18.76.

Guérison sans aucune indication... 8

Décès..... 270, soit... 27.24 %.

Ce résultat diffère sensiblement de ceux des accoucheurs allemands, très favorables à l'accouchement, et de ceux du docteur Michel qui diminue trop sa valeur. Cet auteur conclut : « qu'il n'est pas rationnel de préconiser une intervention qui demeure inutile près des 3/4 des cas » (Thèse Doctorat, p. 69).

L'accouchement est utile dans plus de la moitié des cas, au minimum, et il l'est manifestement : les convulsions cessent ou s'amendent aussitôt, la guérison survient.

Et quand les crises sont plus fréquentes après l'évacuation utérine, celle-ci n'a pas forcément une influence nuisible. L'étude d'un symptôme dont la valeur pronostique n'est pas absolue, ne permet pas d'en tirer semblable conclusion, surtout lorsque la terminaison de l'affection est malgré tout favorable.

Enfin, dans l'éclampsie post partum le danger est moindre. C'était l'avis de tous les accoucheurs, M. Tarnier excepté. Nos statistiques ne laissent aucun doute : la mortalité n'y est plus que 21,60 pour 100 au lieu de 27,72 pendant ou avant le travail.

Ainsi, l'accouchement est utile à la mère. Il la débarrasse des sources d'intoxication. Il amène la cessation complète et immédiate des accidents dans plus d'un tiers des cas ; et son influence heureuse est manifeste dans plus de la moitié ; mais, il n'est pas suffisant. Les toxines restent nombreuses après l'accouchement, et il faut les détruire ; les cellules de

l'organisme sont altérées, il faut leur rendre la vitalité : d'où nécessité absolue du traitement médical ; par les purgatifs, les diurétiques, les diaphorétiques, la saignée, l'accoucheur chassera les toxines au dehors. Il les brûlera par les inhalations d'oxygène et de chloroforme.

Enfin, une alimentation aussi peu toxique que possible (Régime lacté absolu), et l'antisepsie intestinale permettront aux cellules de se régénérer : et quelquefois, malgré tout, le succès sera incertain ; car même après l'élimination des toxines, la pathologie cellulaire demeure en scène. Sa déviation du type normal se poursuit ; et l'on a ainsi l'explication de la genèse des altérations sans nombre qui sont les conséquences éloignées des intoxications (Charrin).

L'accouchement n'est pas toujours nécessaire. Dans un quinzième des cas, la guérison maternelle survient sous l'influence d'un traitement médical : par contre, quelquefois (2 pour 100), la mort précède l'évacuation utérine.

L'accouchement est-il supérieur aux autres médications ? Il est impossible de résoudre cette question : chaque méthode a ses indications et l'union d'un traitement médical rationnel et de l'évacuation de l'utérus constitue la base même du traitement de l'éclampsie.

De l'influence de l'accouchement sur l'état fœtal

L'éclampsie a un effet désastreux sur le produit de conception. Toutes les statistiques sont éloquentes à ce sujet. Hauffmann constate 5 décès sur 13 naissances, Merrimann 34 sur 51, M^{me} La Chapelle 6 sur 16, Haussmann 1 sur 5, Arneth 4 sur 14, Collins en a 18 sur 32, Schwartz 10 sur 13,

Ramsbotham 36 sur 62, Lever 4 sur 15, Hardy 6 sur 13. La statistique de Braun est meilleure : 45 naissances, 7 décès ; mais celle de Wieger moins bonne : 83 naissances, 37 décès.

Wieger reprit les statistiques de ses prédécesseurs, il note 368 cas d'éclampsie ; et, avec les grossesses gémellaires, 396 naissances : enfants vivants 217, mort-nés 179.

Nous avons ici consigné un certain nombre de statistiques :

Wieger.....	396 naissances.	217 enfants viv.	179 mort-nés.
Blot.....	58 »	19 »	39 »
Scanzoni	25 »	12 »	13 »
Hôpital, Cliniques (1832-1896)	304 »	121 »	183 »
d° (1896-1898).	11 »	8 »	3 »
Th. Charpentier (Ob. diverses).	148 Obs. avec état du fœtus indiqué	78 »	70 »
d° (Maternité) ..	54 »	36 »	18 »
D ^r Maygrier (Th. Michel)...	23 »	9 »	14 »
D ^r Laugier	40 »	21 »	19 »
D ^r Varnier	50 »	25 »	25 »
D ^r Germont	17 »	13 »	4 »
Observations diverses.	287 »	153 »	134 »
Ce qui donne	1413 naissances.	712 enfants viv.	701 mort-nés.

La mortalité fœtale est de 49,64 pour 100.

L'accouchement chez les éclamptiques se manifeste habituellement peu de temps après la manifestation des premières convulsions.

Est-ce un bien pour le fœtus ?

Les partisans du traitement obstétrical répondent par l'affirmative. La toxhémie éclamptique est funeste à l'enfant dont elle occasionne souvent la mort.

Cette mort reconnaît des causes multiples.

Le fœtus souvent meurt d'intoxication. Braun signalait déjà cette étiologie : « Il n'est pas douteux que l'éclampsie des femmes grosses ou en travail n'exerce une influence sur la vie du fœtus. Si l'enfant n'est pas mort pendant la durée de l'éclampsie, il meurt ordinairement quelques jours après, en sorte que la délivrance n'amène que des enfants morts. C'est surtout au passage du carbonate d'ammoniaque dans la circulation fœtale qu'il faut attribuer la mort du fœtus. » L'expérimentation, l'anatomie pathologique, la clinique démontrent l'exactitude de cette opinion.

En 1887, MM. Charpentier et Butte constatent la présence d'un excès d'urée chez de petits animaux morts à la suite d'intoxication maternelle par injection d'urée. Les D^{rs} Massion et Micholet, élèves de M. le professeur agrégé Chambrelent, exposent dans leurs thèses de doctorat les résultats des expériences de leur maître. Ils injectent des lapins avec du sérum de sang de fœtus obtenu par hémorragie ombilicale. Chez les enfants sains, 10 centimètres cubes sont nécessaires pour tuer un kilogramme de matière vivante. Cependant M. Chambrelent « observa quelques écarts dûs probablement à des phénomènes physiologiques en rapport avec la souffrance du fœtus pendant l'accouchement. »

Avec le sérum d'enfants d'éclamptiques, il faut de moindres doses : dix centimètres cubes tuent toujours ; sept, six, cinq et même quatre suffisent parfois. Avec des injections de trois centimètres cubes, la survie se manifeste toujours.

Et lorsqu'on expérimente en même temps le sérum du fœtus et celui de la mère, on trouve des rapports variables entre eux. Tantôt le sérum maternel est plus toxique, quelquefois c'est celui du fœtus. M. Chambrelent en a publié un fait probant.

Les enfants d'éclampsiques présentent des lésions analogues à celles de la mère : ce sont des lésions d'intoxication ; MM. Cassaët et Chambrelent, Bar et Guyesse les ont constatées.

Dans le foie, il y a lésions vasculaire et cellulaire. Les vaisseaux sont dilatés : veine porte, veines sus-hépatiques, vaisseaux lobulaires. La glande a un aspect trabéculeux. Les hémorragies y sont nombreuses, disséminées dans le parenchyme hépatique. Les cellules de l'organe sont dissociées, ont perdu toute orientation ; ordinairement simplement atrophiées, elles sont parfois vascularisées ou frappées de dégénérescence granulo-graisseuse. Les reins sont congestionnés. Les anses de Henle sont surtout atteintes ; et l'urine est souvent troublée dans sa composition chimique. L'analyse complète n'en a pas été faite, que nous sachions du moins. Le Dr Zamfiresco y a montré l'existence presque constante d'albumine.

Le placenta présente de constantes lésions : le champ de l'hématose y est diminué : on y trouve des nodosités blanchâtres, dures, de volume variable, qui sont l'indice d'hémorragies anciennes ou des caillots de consistance moindre, dûs à des hémorragies plus récentes. Ces hémorragies sont retro ou intraplacentaires : quelquefois elles sont extrêmement abondantes, et le placenta en est farci.

Cliniquement, les enfants d'éclampsiques présentent quelquefois des convulsions rappelant les crises de la mère. Ces faits sont certains. M. Budin en a signalé deux probants, nous en avons nous-mêmes observé un et trouvé la relation de plusieurs autres semblables.

L'enfant est intoxiqué ; il peut mourir d'empoisonnement. Cette mort est souvent subite, au moment d'un accès. L'aug-

mentation brusque de la toxicité du sérum maternel, les modifications apportées à la circulation du fœtus par les contractions tétaniques de l'utérus, l'hyperthermie ont été invoquées pour en expliquer la rapidité. Les hémorragies rétroplacentaires abondantes peuvent encore amener la mort subite par asphyxie. Quelquefois cependant, la rapidité en est moindre : l'enfant meurt par défaut d'échanges respiratoires dans le placenta : ces faits sont fréquents dans les cas d'apoplexie placentaire partielle et répétée.

Pour toutes ces raisons, l'évacuation utérine semble logique, sitôt que le fœtus est viable, c'est-à-dire vers la fin du 7^e mois. Dans l'utérus, il est exposé presque fatalement à la mort ; et, s'il y échappe, il ne trouvera pas les principes nutritifs nécessaires à son développement. Il naîtra débile.

De nombreuses objections ont été faites contre cette opinion :

1^o Les enfants meurent souvent, a-t-on dit, dès les premiers accès éclamptiques, quelquefois même ils sont déjà morts au moment de la première convulsion. L'accouchement leur est inutile.

Ces faits existent ; mais ils sont rares. Dans nos quatre-vingt-quatre observations, l'enfant était mort six fois avant l'arrivée du médecin, c'est-à-dire une fois sur vingt-quatre cas.

2^o Les convulsions maternelles ne sont guère dangereuses que si elles surviennent après la rupture des membranes (Michel). Cette objection est en opposition dans beaucoup de cas avec la précédente. Les membranes ne se rompent habituellement que pendant le travail et, si elles ne deviennent qu'à ce moment dangereuses, la mort du fœtus ne saurait survenir dès les premiers accès. Malheureusement, il n'en est rien, le

foetus meurt souvent avant la rupture des membranes. (Obs. 3, 5, 6, 12, 26, 29, 37, 39, 40, 54, 57, 62, 66, 69, 81) ce qui correspond à la moitié des cas à peu près.

La rupture de la poche des eaux augmente le danger ; elle ne le crée pas.

3^e Enfin, l'accouchement amène l'expulsion d'un enfant malingre, qui mourra peu après ou qui gardera toute sa vie les stigmates de cette débilité congénitale. Le foetus succombe quelquefois après sa naissance ; mais un fait certain, c'est que les enfants d'éclampsiques ne meurent pas en plus grande proportion après leur naissance, même si l'accouchement a été prématuré, qu'ils périssent dans l'utérus, lorsque la grossesse se continue. L'emploi de la couveuse et du gavage a multiplié les chances de vie du foetus né avant terme.

Les statistiques justifient notre opinion. Elles montrent que l'enfant a d'autant plus de chances de survivre qu'il est né peu après la manifestation des convulsions.

M. Varnier dans la *Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie* s'exprime ainsi à ce sujet : La mortalité foétale est énorme dans le cas où le travail suit l'éclampsie dans les 48 heures. Sur 17 cas, il compte :

13 mort-nés.

1 né en état de mort apparente qui n'a pu être ramené malgré trois heures d'insufflation.

1 mort 5 heures après la naissance, 1,250 grammes.

1 qui n'a vécu que dix minutes.

1 qui pesant 1,250 grammes, fut placé dans la couveuse, vivait neuf jours après, pesant 1,410 grammes.

En résumé, un seul enfant survivait 48 heures après l'accouchement.

L'éclampsie qui survient pendant le travail tempestif ou prématuré, alors que l'enfant est viable, comporte pour la mère et l'enfant un pronostic beaucoup moins sombre ; et cela, à quelque période du travail qu'elle apparaisse.

Sur 13 cas, où l'éclampsie a débuté pendant la période de dilatation, et où le nombre des accès a varié de 1 à 84, nous comptons seulement 3 enfants mort-nés, et un mort, cinq jours après la naissance, de convulsions.

Les neuf autres ont survécu.

Dans les deux cas où l'éclampsie a débuté pendant la période d'expulsion, les enfants sont nés vivants. (Varnier, *Revue d'obstétrique*, 1888.)

Dans la thèse du Dr Laugier, nous avons trouvé 31 observations où étaient consignés quelques renseignements à ce sujet.

Dans 12, les accès éclamptiques se manifestent au début du travail ou un peu avant : 10 enfants mort-nés.

Dans 7, début des accès pendant la période de dilatation, 4 enfants morts, 3 vivants.

Dans 6, début des accès à dilatation complète : 6 enfants vivants.

6 cas d'éclampsie post partum donnent 6 enfants vivants.

Les enfants nés vivants ont été expulsés 1 heure, 1 h. 1/2, 2 heures, 4 heures, une fois 5 heures, une fois 6 et une fois 8 heures après le premier accès ; les enfants morts : une fois 1 heure, trois fois 2 heures, deux fois 5 heures, une fois 11 heures, 12 heures, 16 heures, 18 heures, 19 heures, 22 et 23 heures après le début des accès.

Dans différentes observations recueillies aux sources déjà indiquées, dans lesquelles le travail a été spontané, nous avons obtenu les renseignements suivants :

1° Eclampsie suivie dans les 24 heures de l'expulsion du fœtus.

113 naissances : deux fois, mort avant les accès.

a. Les accès ont commencé avant le travail ou à son début.

55 naissances : 37 mort-nés ; 18 enfants vivants ; mortalité, 67 $\frac{0}{10}$.

b. Les accès ont commencé pendant la période de dilatation. 58 naissances ; 15 mort-nés ; 43 enfants vivants ; mortalité, 25.88 $\frac{0}{10}$.

Les enfants nés vivants ont été expulsés dans les heures qui suivent le premier accès ; nous n'avons trouvé que 12 exceptions d'enfants nés 13 heures, 14 heures, 16 heures, 24 heures (4 fois), 32, 36, 40, 53 heures après le début des accidents.

Au contraire, le travail est souvent lent lorsqu'il y a mort du fœtus. Il n'y a pourtant pas de loi à ce sujet ; et 14 fois les enfants sont mort-nés alors que le travail avait duré moins de 12 heures.

En réunissant ces trois statistiques, on voit que la mortalité fœtale est de 72.28 $\frac{0}{10}$, lorsque l'éclampsie se manifeste au début du travail ou avant lui ; qu'elle n'est plus que de 28.57 $\frac{0}{10}$ lorsqu'elle débute pendant la période de dilatation.

2° Eclampsie dans laquelle la grossesse se poursuit plus de 24 heures ; la mortalité est encore énorme.

Nous avons consigné plus loin 78 observations de ce fait (voir page 69), sur lequel nous reviendrons. 24 fois l'enfant était vivant à sa naissance. La mortalité est donc de 67.95 $\frac{0}{10}$.

Ainsi, mortalité fœtale considérable toutes les fois que la toxhémie éclamptique se manifeste avant le travail, faible lorsqu'elle n'apparaît qu'à la période de dilatation ; mortalité fœtale considérable quand le travail est long ; faible, lorsqu'il est rapide.

En somme, l'évacuation utérine est d'autant plus utile au fœtus qu'elle se fait peu après le début de la première convulsion.

CONCLUSIONS

Il nous est permis maintenant de juger la valeur de l'évacuation utérine chez les éclamptiques.

La grossesse est la cause première de l'éclampsie, mais sa suppression ne suffit pas pour mettre fin aux phénomènes d'intoxication.

L'accouchement a une heureuse influence sur la mère et le fœtus.

Il améliore l'état maternel, mais n'amène pas toujours immédiatement la cessation des accès convulsifs. Son influence est manifeste dans plus de la moitié des cas.

L'enfant viable a tout à gagner d'un accouchement rapide. Il est rarement tué dès la première convulsion, et après sa naissance, malgré sa faiblesse congénitale, il est moins exposé à la mort que dans l'organisme maternel.

L'accouchement a l'inconvénient d'exciter le système nerveux et de déterminer ainsi quelquefois l'apparition des accidents éclamptiques. L'usage des anesthésiques le fait disparaître ; et le pronostic de l'éclampsie post partum est moins sombre que celui de l'éclampsie avant l'accouchement.

DEUXIÈME PARTIE

De l'Intervention chez les Eclamptiques

Valeur de l'Intervention

L'heureuse influence de l'évacuation de l'utérus chez les éclamptiques ne saurait impliquer la nécessité de l'intervention ; l'accélération du travail, sa provocation surtout, peuvent créer des dangers qui n'existent pas dans le travail spontané ; aussi, ne doit-on y avoir recours qu'après s'être assuré de leur efficacité et de leur innocuité.

Cette efficacité et cette innocuité ont été contestées par les partisans de la non-intervention. Les manœuvres, chez les éclamptiques, d'après eux, seraient inutiles et quelquefois même nuisibles et dangereuses.

Examinons la valeur de leurs arguments :

1^o *L'Intervention est inutile*

« L'éclampsie dans l'immense majorité des cas se déclare dans les quelques jours qui précèdent le travail ou au début du travail. Lorsque l'éclampsie se déclare avec le travail, celui-ci marche avec une rapidité très grande ; si, grande qu'il est nombre d'observations où ce travail a été si prompt qu'il a passé pour ainsi dire inaperçu et que l'on a trouvé l'enfant entre les jambes de la mère, lorsqu'elle a été soumise pour la première fois à l'examen obstétrical. »

De plus,

« La provocation de l'accouchement exige toujours un certain temps ; or, l'éclampsie est une maladie suraiguë, à marche rapide, et le temps nécessaire pour que le travail se déclare et amène la terminaison spontanée de l'accouchement ou soit tout au moins assez avancé pour que l'intervention demeure inoffensive, dépasse souvent de beaucoup la durée de la maladie » (Charpentier, *Bull. de l'Acad. de Médecine*).

1° Le travail accompagne habituellement le début des accès convulsifs, c'est certain. Il en a été ainsi dans 1,028 de nos observations ; restent seulement soixante-dix-huit cas, dans lesquels la grossesse s'est poursuivie au moins vingt-quatre heures : c'est peu ; et trop cependant, pour qu'on n'en tienne aucun compte.

Sa rapidité n'est pas, à notre avis, aussi grande que le prétend M. Charpentier. Les cas qu'il signale sont une exception ; et pourtant, tous les auteurs admettent la moins longue durée du travail de l'accouchement chez les éclamptiques. Nous avons entrepris quelques recherches à ce sujet. Malheureusement, beaucoup d'observateurs n'en font pas mention dans leurs relations ; et nous n'avons trouvé que 126 observations d'accouchement spontané dans lesquelles la durée du travail était indiquée :

11 fois le travail a été rapide ;

19 fois il a duré de 5 à 10 heures (1 fois 5 heures 1/2, 1 fois 6 heures 1/2, 1 fois 7 heures, 2 fois 7 heures 1/2, 4 fois 8 heures, 2 fois 9 heures, 2 fois 10 heures).

18 fois de 11 à 12 heures (6 fois 11 heures, 12 fois 12 heures).

23 fois de 12 heures à 20 heures (2 fois 13 heures, 4 fois 14 heures, 4 fois 15 heures, 4 fois 16 heures, 3 fois 17 heures, 1 fois 18 heures et 19 heures, 4 fois 20 heures.)

16 fois de 20 à 30 heures.

7 fois de 30 à 48 heures.

6 fois plus de 2 jours.

6 fois il fut lent sans indications plus précises : et 8 fois sa durée fut normale.

La moyenne est une quinzaine d'heures ; un peu plus de la moyenne chez les primipares (13 heures et demie d'après M. Varnier).

Il y a dans l'accouchement des éclamptiques, à notre avis, deux périodes bien distinctes, l'une d'effacement et de dilatation du col de l'utérus, l'autre d'expulsion.

La première est lente, la seconde est rapide.

Le col a de la peine à s'effacer : la poche des eaux se forme difficilement ; le fœtus, souvent petit, presse irrégulièrement sur le segment inférieur ; et, l'orifice interne du col contracté et presque tétanisé, ne permet pas aux membranes de faire hernie : celles-ci ne pouvant se distendre, se rompent prématurément sous l'influence des contractions utérines ; ainsi résistance plus grande du segment inférieur et du col, action moins efficace du fœtus et de la poche des eaux : telle est la situation pendant la première partie du travail chez l'éclamptique.

Au contraire, lorsque la dilatation est presque complète, l'expulsion est rapide ; la violence des contractions, le peu de résistance du périnée souvent infiltrée d'œdème, la petitesse du fœtus expliquent cette rapidité.

Que l'on songe maintenant à la différence des phénomènes physiologiques du travail chez une primipare et chez une multipare et l'on comprendra pourquoi, dans les cas d'éclampsie, l'accouchement ne se ressemble en rien chez l'une et chez l'autre. La primipare, même à terme, a un col utérin long, fermé à ses deux extrémités, ne permettant qu'avec peine l'introduction du doigt dans l'orifice externe et complètement rétracté à sa partie supérieure : ici la période d'effacement sera longue. Chez la multipare au contraire, le col semble raccourci ; il est perméable au doigt dans toute sa longueur, souvent même déhiscent : la poche des eaux y fait facilement hernie. La période d'effacement n'existe pour ainsi dire pas. Le col se dilate presque dès le début du travail. C'est, chez elle, que l'accouchement se fait en quelques minutes et que l'enfant est souvent expulsé avant le premier examen obstétrical.

Le Dr Casamayor a bien signalé cette différence dans la durée de l'accouchement, il en a tiré quelques conséquences pratiques : pour lui, la provocation du travail serait plus utile chez les primipares que chez les multipares ; celles-ci n'en auraient aucun profit. D'autres, au contraire, craignant la trop grande résistance du col et du segment inférieur chez les primigestes atteintes de convulsions, en font une contre-indication à l'intervention. Quoiqu'il en soit, il est certain que si dans quelques cas le travail a une rapidité exceptionnelle, la plupart du temps, il est de durée au moins normale surtout chez les primipares.

2^o Les procédés d'intervention sont trop lents pour être de quelque utilité. Ici, la nature du procédé a une grande importance : les incisions cervicales, la dilatation bimanuelle ne

peuvent être comparées à la provocation du travail par une sonde, une éponge stérilisée. Autant les premiers sont rapides, autant les autres n'ont que de tardifs effets.

Dans presque toutes nos observations, quel que soit le moyen employé, la durée du travail a été notablement diminuée par l'intervention ; cette diminution a été d'autant plus manifeste que les manœuvres ont été plus précoces.

Il suffit de consulter notre tableau synoptique pour en avoir la preuve. On y constate que :

10 fois l'accouchement fut rapide,

20 fois il dura moins d'une heure,

2 fois de 1 à 2 heures,

7 fois de 2 à 3,

5 fois de 3 à 4,

2 fois de 4 à 5,

6 fois de 5 à 6,

7 fois de 6 à 8,

6 fois de 8 à 10,

2 fois de 10 à 12,

1 fois il fut assez lent,

Et 4 fois enfin, sa durée fut supérieure à 12 heures.

38 fois l'accouchement fut provoqué : la naissance eut lieu dans un temps variable entre quelques minutes et une heure et demie lorsqu'on eut recours à la dilatation manuelle. Rarement il fallut quelques heures (Obs. 3) et quand la durée de l'intervention fut plus longue, c'est que l'on n'intervint pas dès le début par dilatation digitale (Obs. 21, 22, 23) ou que l'on s'arrêta dans l'intervention avant dilatation complète (Obs. 20, 24).

L'emploi des ballons détermina un travail de quelques heures, six à dix en moyenne. Une fois, il atteignit douze heures. Deux fois il fut de plus longue durée (une fois seize heures, une fois dix-neuf heures).

Avec les incisions cervicales, l'évacuation utérine fut rapide ; elle devint plus lente avec l'emploi de douches (4 heures environ), de corps étrangers (4 à 10 heures) ou par rupture de la poche des eaux (une fois la mort survint avant l'accouchement).

Avec manœuvres pendant la période d'effacement, la durée du travail est encore nettement abrégée. Elle varie entre quelques minutes et 12 heures. Deux fois seulement, elle est supérieure à ce dernier chiffre (Obs. 40 et 60).

Dans ces deux cas, le début du travail avait été d'une extrême lenteur. Dans le premier, le col avait encore toute sa longueur et la femme souffrait depuis une trentaine d'heures. Dans le second, quatorze heures de travail et pas la moindre dilatation.

L'intervention à la période de dilatation surtout avec 4 centimètres de diamètre, a moins d'influence sur la durée du travail : on ne gagne que quelques minutes, une heure au plus ; mais c'est très important. Alors, la plupart du temps, l'intervention est dictée par l'état de souffrance du fœtus.

En toute circonstance, par conséquent, l'utilité de l'intervention est indiscutable pour abréger la durée du travail chez les éclampsiques.

3^e Le Dr Michel a objecté contre l'intervention un argument absolument opposé à celui de M. Charpentier : « Dans certains cas, dit-il, la grossesse continue malgré l'éclampsie et se rapproche plus ou moins du terme et l'atteint même

quelquefois. Dans ces cas, la provocation de l'accouchement aurait un double inconvénient. » Elle serait inutile et nuisible. Les observations de faits semblables sont rares. Nous n'en avons trouvé que 78 : le Dr Michel les donne presque toutes très résumées. Il conclut : « Autant de cas, nous le répétons, où l'intervention eut été inutile ou nuisible et qui prouvent l'efficacité du traitement médical. »

Voici ces observations, nous en pourrons mieux juger ensuite :

Hôpital des Cliniques

Th. Ag. Charpentier

1. — OBSERVATION 86. — C..., Marie, 21 ans, secondipare, 2 accès éclamptiques au septième mois de la grossesse. Un mois plus tard, accouchement avec 60 attaques antérieures et 100 après. Enfant vivant. Mère morte.

2. — OBS. 106. — T..., 19 janvier 1868, 21 ans. Eclampsie au sixième mois ; première attaque à 4 heures du soir, quatrième et dernière le lendemain, 20, à 3 heures du matin. Le fœtus meurt dans la journée du 20. Accouchement le 5 février. Fœtus mort.

Thèse Casamayor

3. — OBS. 9. — Une femme a 20 accès éclamptiques et sort de l'hôpital non accouchée.

4. — OBS. 39. — Accès éclamptiques. Accouchement 15 jours après. Enfant vivant.

5. — OBS., page 62. — Femme Sylvienne accouchée à terme d'un enfant vivant après avoir eu 3 accès d'éclampsie auparavant.

Thèse Michel

6. — 1892, n° 939. — Ch..., 39 ans, 1 pare, terme, 12 accès, dont le dernier le 27 août. Accouchement le 29. Enfant mort, mère guérie.

7. — 1892, n° 1216. — M..., 19 ans, 1 pare, 8 mois 1/2. Accès éclamptiques les 3 et 4 novembre. Le 9, accouchement naturel. Enfant macéré.

8. — 1892, n° 381. — Dar..., 49 ans, I pare, 6 mois. Attaques les 10, 11, 12, 14 décembre. Le 28, œuf expulsé en bloc.

9. — 1892, n° 139. — M..., 26 ans, I pare, 8 mois 1/2. 2 attaques en ville le 4 février. Pas de travail, enfant vivant. Travail le 5, le 6 forceps à dilatation complète. Guérison.

10. — 1893, n° 23. — Rouill..., 26 ans, I pare. 6 mois. Eclampsie le 16 et le 17 février. Mort du fœtus le 20. 2 accès dans la nuit du 21 au 22. Accouchement le 23. Enfant macéré. Guérison.

11. — 1893, n° 995. — Beil..., 26 ans, I pare, 6 mois 1/2. 12 attaques le 25, chez elle. Accouchement le 29. Enfant macéré. Guérison.

12. — 1893, n° 1346. — Pe..., 26 ans, I pare, 8 mois. 22 octobre, 2 attaques d'éclampsie. Mort du fœtus 20 jours après. Accouchement naturel le 26 novembre. Enfant macéré.

13. — 1894, n° 35. — Da..., 29 ans, multipare. 5 accès le 1^{er} janvier. Accouchement naturel le 10. Mort de l'enfant le 11. Guérison maternelle.

14. — 1894, n° 104. — Garv..., 18 ans, I pare, 7 mois. 4 attaques le 21 janvier ; le 22, mort de l'enfant ; le 23, accouchement naturel.

15. — 1894, n° 272. — Dur..., 22 ans, I pare, 7 mois. 14 attaques chez elle le 17 février. Mort du fœtus, 3 attaques. Le 20, état général bon. Accouchement le 3 mars. Sort guérie le 10.

16. — 1894, n° 1352. — Lec..., II pare, 21 ans, 8 mois 1/2. A eu des attaques d'éclampsie au mois d'octobre. Entrée le 20 novembre à la Clinique ; accouchée le 21, d'une fille faible pesant 1,800 grammes.

17. — 1896, n° 1180. — Barb..., 22 ans, I pare. Le 7 septembre a eu 1 accès ; le 8, deuxième à la Clinique ; accouchement naturel le 11 septembre, suites normales. Enfant vivant.

18. — 1897, n° 6. — Jult..., 27 ans, IV pare, 6 mois environ. 2 accès éclamptiques pendant la grossesse. Fœtus macéré.

Hôpital de la Maternité (1850-1872).

Pas un seul cas (Observations de M. Charpentier).

19. — Obs. 2. Betschler. — Quatrième grossesse. Grippe, saignée. A la suite d'une colère, convulsions ; accouchement trois semaines après. Enfant mort.

20. — Obs. 34. (E. Petit). — 40 ans, primipare, sixième mois. Eclampsie, saignées, potion huileuse émétiisée. Arrêt des accidents. Accouchement spontanée, à terme. Guérison. (Enfant ?)

21. — OBS. 36. Marcel. — 30 ans, multipare, 8 mois 1/2. Eclampsie, pas de travail, trois saignées, diminution des accès, cessation 14 heures après le début. Accouchement spontané 3 jours après. Enfant mort. Guérison maternelle.

22. — OBS. 72. Lever. — Eclampsie, saignée, purgatifs, arrêt. Persistance de la grossesse. Accouchement 6 semaines après. Enfant mort.

23. — OBS. 73. Simon. — 7 mois, 5 grossesses. Accouchement heureux sept semaines après éclampsie. Enfant vivant.

24. — OBS. 74. Vegscheider. — Eclampsie, 3 attaques et travail. Saignée arrête tout. Acc. heureux 3 semaines après. Enfant vivant.

25. — OBS. 75. Lachapelle. — Eclampsie pendant 30 heures. Accouchement spontané 15 jours après. Enfant mort.

26. — OBS. 76. Devilliers. — Troisième grossesse à 8 mois. Eclampsie. Accouchement spontané 4 jours après. Enfant vivant.

27. — OBS. 79. Lachapelle. — Multipare, huitième mois, 4 attaques, saignée. Le lendemain, retour des accès. 2 jours après, travail normal 12 heures. Enfant mort.

28. — OBS. 96. Maigrot. — Primipare, septième mois. Œdème. Anasarque augmente par saignée. Eclampsie arrêtée. Pas de travail. Cessation des accès après 2 jours. Anasarque augmente. Avorte 43 jours après attaques, 15 jours avant terme. Accouchement rapide. Rupture des membranes 2 jours avant, enfant putréfié.

29. — OBS. 98. Hecker et Bull. — 32 ans, neuvième mois, 6 accès éclamptiques avant travail. Accès jusqu'au lendemain matin. 4 jours après, accouchement d'un enfant mort et macéré. Guérison de la mère.

30. — OBS. 121. — 1 mois avant l'accouchement, éclampsie : 1 accès qui se reproduit 14 jours avant l'accouchement. Pendant 6 semaines, rien. Travail naturel ; au bout de ce temps nouvel accès, convulsions, coma, mort en 8 heures (Enfant ?)

31. — OBS. 129. Lachapelle. — Primipare, huitième mois. Eclampsie avant travail à 8 mois, 3 ou 4 accès, saignée, arrêt. Réapparition le lendemain ; 12 sangsues à la vulve, 12 au cou, deuxième saignée, coma ; 2 jours après agitation. Émétique en lavage. Accouchement spontané le huitième jour. Mort. Enfant mort.

32. — OBS. 164. Gase. — 36 ans. Multipare, 7 mois. Convulsions violentes après accès de colère. Perte de connaissance et de parole. Bains ; antispasmodiques. Cessation des accès pendant 2 ou 3 heures. Persistance du

coma. Début de travail; antispasmodiques. Disparition des accidents pendant la nuit. Accouchement à terme. Mère guérie. Enfant vivant.

33. — Obs. 269. Overton. — 24 ans, multipare, 6 mois. Convulsions éclamptiques, saignées, calomel, vésicatoire, suppositoire avec 6 gouttes d'huile de croton. Cessation des accidents 8 jours après l'expulsion d'un enfant macéré.

Statistique de M. Varnier

34 à 43. — Dans 10 cas sur 53, l'accouchement prématuré n'a pas suivi l'éclampsie dans les 48 heures.

Il s'est fait 3 jours, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 28 jours, 1 mois après l'apparition des accès qui ont duré au maximum 48 heures. Chez trois de ces femmes, l'enfant était mort lors de l'entrée à la Maternité.

Chez quatre, l'enfant qui avait survécu aux accès est mort 2 jours, 4 jours, 27 jours et 29 jours après.

D'autres ont succombé pendant le travail.

Un seul est né vivant (28 jours après le début des convulsions, à 8 mois, pesant 2,580 grammes) (Varnier, *Revue pratique d'obst. et d'hygiène de l'enfance*, 1888).

Statistique de M. Gernont

Sur 13 observations, trois fois le travail ne s'est pas déclaré dans les 48 heures consécutives aux accès, 3 enfants vivants, 1 mort.

44. — 1890, n° 940. — Primipare, 29 ans. Accès 53 jours avant l'accouchement. La femme est mise au régime lacté. L'albumine ne disparaît pas. Accouchement artificiel : forceps. Enfant vivant de 2,820 grammes. Guérison maternelle, l'albumine disparaît 16 jours après l'accouchement.

45. — N° 670. — Primipare, 23 ans, 7 mois de grossesse. Deux accès avant tout travail. Le fœtus meurt quelques heures après les accès. L'accouchement en S. I. G. T. se fait 4 jours après : durée du travail 6 heures 30. Fœtus macéré 1,110 grammes. Guérison maternelle.

46. — 1891, n° 468. — Primipare, 23 ans, huitième mois, 7 accès avant tout travail. Grossesse gémellaire. Fœtus en S. G. et S. D., 4 jours après le premier accès, expulsion de 2 enfants vivants, pesant 2,300 et 1,980 grammes; durée du travail, 40 heures, guérison maternelle.

Statistique de M. le Professeur Maygrier

3 cas sur 44. Enfant vivant, 1 ; enfants morts, 2.

47. — Obs. 5. — Girard..., 25 ans, I pare, 7 mois.

12 attaques le 19 octobre 1879. Enfant vivant, pas de travail.

Les 20 et 21 pas d'accès.

Le 24, mort du fœtus ; le 25, travail : accouchement spontané, enfant mort, 1,600 grammes. Pas d'accès.

48. — Obs. 17. — Vuille..., 22 ans, I pare, 7 mois.

14 juin 1890, 3 attaques, albumine, enfant vivant ;

15, plusieurs accès ;

16, état subcomateux ;

21, accouchement, sort guérie le douzième jour.

Enfant : mort (Michel, Thèse, p. 31).

49. — Obs. 25. — Mach..., 23 ans, I pare, 7 mois 1/2, 2 attaques les 29 et 30 août ; 4 jours après la femme va très bien. Enfant vivant, pas de signes de travail.

Statistique de M. Laugier

Les convulsions ont toujours interrompu la grossesse.

Statistiques diverses*50. — Observation de la Maternité de Nantes*

G..., 33 ans, I pare, huitième mois, entre en février 1884. Le lendemain elle a deux accès d'éclampsie qui cèdent au traitement par le chloral et au régime lacté. Six semaines après, à terme, elle accouche d'un enfant vivant.

51. — Thèse Azais. — 10 juin 1889, Rosalie, D..., 25 ans, 8 pare, 5 mois 1/2, 11 accès éclamptiques. Mort de l'enfant pendant les accès, 12 jours après accouchement spontané.

52. — Février 1891, Claudine C., 30 ans, I pare, septième mois. Nombreux accès. Guérison maternelle, sans traitement médical. Accouchement 20 jours après. Mort de la mère pendant une injection intra-utérine. Enfant mort.

53. — Thèse Azais. — Alexandrine M..., 24 ans, II pare, huitième mois, 1 accès plusieurs jours avant l'accouchement. Enfant mort.

54. — Dr Fouqueau, 30 ans, IV pare, septième mois : nombreux accès qui cessent sous l'influence d'une saignée, d'un lavement laudanisé. Deux mois après, à terme, se fait l'accouchement. Enfant vivant.

55. — Dr Duguet. — I pare, 24 ans, huitième mois, 28 décembre 1888. Crises d'éclampsie, albumine, enfant vivant ; 25, amélioration et guérison.

Régime lacté mixte.

Le 14 janvier 1889, 2 nouvelles crises, mort du fœtus.

11 février, expulsion du fœtus macéré.

Pendant toute la grossesse, depuis la première attaque, l'albumine varia de 2 grammes 50 à 1 gramme. Elle ne disparut complètement qu'après l'accouchement.

56. — Dr Lugeol, 30 mai 1885, 30 ans, I pare, huitième mois : 15 accès éclamptiques, deux mois auparavant, accouche d'un enfant vivant qui meurt peu après de convulsions.

57. — Dr Peter. — 21 juillet 1890, III pare, 26 ans, sixième mois, nombreux accès d'éclampsie ; accouchement 19 jours après, enfant mort.

58. — Dr Bernheim. — 5 janvier 1893, I pare, 27 ans, septième mois, 26 accès pendant la grossesse. Le fœtus meurt 4 jours après le premier accès. L'expulsion se fait 48 heures plus tard. L'enfant pesait 1,850 grammes.

59. — Dr Bernheim. — 18 février 1893, T. I pare, 33 ans, sixième mois. Plusieurs attaques avant l'entrée à l'hôpital, 21 à l'hôpital. Mort du fœtus 2 jours après le premier accès. Expulsion le lendemain, 3 jours après le début des accidents.

60. — Dr Bleynie. — 17 janvier, I pare, 20 ans. Plusieurs accès, puis 10 à l'hôpital, le fœtus meurt le 18. Cessation des accès, 4 jours plus tard accouchement. Mort de la mère et de l'enfant.

61. — Dr Bué. — 5 août 1894, II pare, 23 ans, huitième mois, 7 accès d'éclampsie pendant la grossesse. Enfant vivant, 4 jours plus tard, 10 août, travail rapide (4 heures 1/2). Enfant vivant, 4,220 grammes. Guérison.

62. — Dr Ménager (*Gaz. Méd. de Nantes*, 94). — Traitement, par le lactate de strontium, d'attaques survenues au septième mois. Les accès cessent. La grossesse va au terme normal. Enfant vivant.

63. — Tucoulat (*Th. Paris*, 79). — Mai 78, Bo..., I pare, 39 ans, neuvième mois : accès nombreux d'éclampsie pendant la grossesse. Quelques jours après mort du fœtus, travail lent, guérison maternelle.

64. — Dr Verrier (*Gaz. obst.*, 74) — Secondipare, huitième mois, 13 accès d'éclampsie. Disparition des accidents, accouchement 8 jours plus tard, fœtus mort.

65. — Dr Froger. — D... Marie, 32 ans, 1 pare, cinquième mois : 4 accès d'éclampsie, disparition des accidents, accouchement plusieurs mois après, enfant vivant.

66. — Dr Froger. — 1 pare, 22 ans, neuvième mois, trois accès éclamptiques le 10 mars 77 ; 10 jours après, expulsion du fœtus mort et macéré.

67. — Dr Quentin (in thèse Robin, 1884). — 5 février 1877, 1 pare, huitième mois ; 2 accès d'éclampsie, traitement médical ; accouchement à terme, enfant vivant. Guérison.

68. — Dr Quentin. — 12 août 1877 ; 1 pare, huitième mois ; nombreux accès d'éclampsie, stertor pendant 2 jours ; 15 jours après, accouchement d'un enfant macéré.

69. — Dr Quentin. — 15 octobre 1857. N..., 11 pare, 8 mois. Nombreux accès. Mort du fœtus au troisième jour après la première attaque. Travail, 5 jours après le début des accidents.

70. — Dr Cersoy (*Bull. gén. Thérap.*) B..., 1 pare, 17 ans, 7 mois. Plusieurs accès d'éclampsie, le fœtus meurt quelques heures après le premier accès. Plus d'attaques, accouchement un mois plus tard.

71. — Dr Coin (*Gaz. Hôp.*, 1875). — Virginie F..., 42 ans, VIII pare. 2 accès d'éclampsie au huitième mois. Le travail se déclare 48 heures après. Travail lent : durée, 3 jours. Pas d'accès. Enfant vivant.

72. — Dr Ferré (*Revue Pau*, 1896). — M..., Elise, III pare, 7 mois. 11 accès d'éclampsie le 15 juillet 1894. Coma les 16 et 17. 20 juillet, éternement, céphalalgie, douleur épigastrique.

21, au matin, fœtus mort ; 23, accouchement. Guérison.

73. Dr Arnal (Th. Montpellier). — C..., Louise, 1 pare, sixième mois de grossesse, est prise en août 1882 de nombreux accès éclamptiques. Ils disparaissent sous l'influence du traitement médical ; 8 jours après, mort de l'enfant, et 2 mois plus tard, accouchement.

74. — Dr Arnal. — P..., Marie, 1 pare, sixième mois. Arrive à la Clinique le 23 février 1887 en coma éclamptique. 2 accès antérieurs, plusieurs ensuite. Le fœtus meurt pendant les accès. Agitation pendant quelques jours. Le 2 mars, accouchement spontané. Le lendemain, plus d'albumine dans les urines.

Le Dr Michel cite encore les exemples suivants :

75. — *Echo médical de Toulouse*, 1892, Dr Sudre.

M^{me} C..., 22 ans, grossesse de 4 mois 1/2. Eclampsie le 7 février. Nombreux accès, chloral à haute dose. Début de travail. Le 8, à 4 heures matin, le coma cesse. Le 9, assoupissement léger, 6 grammes d'albumine. Guérison. Le 28, expulsion du produit fœtal.

76. — In thèse Micholet (Dr Chambrelent). — Femme atteinte d'éclampsie grave amenée mourante dans le service de M. Moussous. Nombreux accès. Grossesse de 8 mois. Guérison. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

77. — Dr Tyler Smith. — Six avortements vers le sixième ou septième mois pour éclampsie. Septième grossesse, 5 mois 1/2, 6 attaques d'éclampsie ; 49 jours plus tard, expulsion de fœtus macéré.

78. — Dr Léonard. 17 janvier 1887 (*France Médicale*). — Multipare, 34 ans, septième mois de la grossesse. Eclampsie le 18 août 1885, 8 accès. Le 19, la malade recouvre sa reconnaissance. Accouchement le 11 septembre. Enfant vivant.

Ainsi 78 fois, la grossesse s'est prolongée plus de 48 heures après la cessation des accès éclamptiques. 78 fois sur 1,100 accouchements. C'est bien peu : 1 fois sur 14 accouchements. Notre proportion diffère sensiblement de celle de M. le professeur agrégé Fieux. Celui-ci admet la prolongation de la grossesse dans 1 cas sur 7. Et sa proportion est basée également sur les statistiques du Dr Michel. L'erreur est facile à découvrir. M. Fieux prétend que les soixante-quatre cas de prolongation de grossesse signalés par M. Michel étaient tirés sur 452 observations. C'est probablement 750 qu'il voulait dire. La thèse d'agrégation de M. Charpentier en renferme, seule, 478 et celle de Casamayor en possède 100 ; les statistiques de MM. Tarnier, Maygrier, Robin et Dubost, chacune au moins 40. Nous réunissons déjà plus de 700 observations consignées par le docteur Michel. Les deux proportions deviennent ainsi à peu près égales. Faut-il ajouter que des recherches spéciales ont

été nécessaires pour découvrir quelques-unes de ces observations, et qu'en réalité, la grossesse se prolonge encore moins fréquemment chez les éclamptiques ?

Examinons de plus près ces observations, comme l'a fait déjà M. Fieux pour la plus grande partie d'entre elles (*Revue obstétrique*, février 1899, p. 41).

La grossesse s'est prolongée de :

3 semaines à 4 mois : 25 fois. (Obs. 1, 12, 16, 19, 22, 23, 24,
28, 32, 42, 43, 44, 50, 52, 54,
55, 56, 62, 65, 67, 70, 73, 75,
76, 78.)

11 jours à 3 semaines : 16 fois. (Obs. 2, 4, 5, 8, 13, 25, 37, 38,
39, 40, 41, 51, 57, 66, 68, 77.)

5 à 11 jours : 16 fois. (Obs. 7, 10, 31, 33, 35, 36, 47, 48, 58, 59,
60, 64, 69, 71, 72, 74.)

moins de 5 jours : 17 fois. (Obs. 6, 9, 11, 14, 15, 17, 18, 21,
26, 27, 29, 34, 45, 46, 61, 63.)

Sur l'état maternel, cette prolongation a été sans grande influence. Elle a été plutôt nuisible dans 6 cas (Obs. 1, 28, 30, 31, 44, 55). Trois fois certaines manifestations de l'intoxication gravidique n'ont cessé qu'après l'expulsion du fœtus (Obs. 28, 44, 55). Trois fois, la mère est morte (Obs. 1, 30, 31). Dans les autres, le traitement médical a guéri l'éclampsie. C'est le fœtus qui devait le plus bénéficier de cette situation. Dans 41 cas, la grossesse s'est prolongée d'au moins dix jours; quinze fois, elle est allée au terme (Obs. 5, 12, 13, 17, 20, 30, 32, 44, 50, 54, 55, 62, 65, 67, 76.) Mais, « si l'on jette les yeux sur les chiffres indiquant la mortalité fœtale chez les éclamptiques qui n'accouchent pas immédiatement, on est véritablement effrayé » (Fieux).

En effet, 25 enfants seulement sur 79 sont nés vivants : 50 étaient mort-nés; pour 4, l'état n'est pas indiqué ! La mortalité fœtale est de 66 %; et la mort semble frapper le fœtus de préférence dans les jours qui suivent les accès.

Ainsi, l'on obtient :

Avec grossesse prolongée de 3 semaines à 4 mois : 15 enfants vivants sur 25. (Obs. 1, 16, 23, 24, 32, 42, 44, 50, 54, 56, 62, 65, 67, 76, 78.)

Avec grossesse prolongée de 10 jours à 3 semaines : 3 enfants vivants sur 16. (Obs. 4, 5, 13.)

Avec grossesse prolongée de 5 jours à 10 jours : 1 enfant vivant sur 16. (Obs. 71.)

Avec grossesse prolongée de moins de 5 jours : 6 enfants vivants sur 17. (Obs. 9, 17, 26, 46, 61.)

18 fois la grossesse a été utile à l'enfant, 7 fois elle lui a permis de rester quelques jours de plus dans la cavité utérine, mais trop peu pour qu'il en puisse profiter.

Presque toujours l'enfant vivait au moment des convulsions, et 35 fois la grossesse lui a été nuisible : Vivant et viable quand les accès ont apparu, il est mort avant l'accouchement. (Obs. 6, 7, 12, 14, 15, 19, 21, 22, 25, 27, 28, 29, 31, 7 observations de Varnier, 45, 47, 48, 52, 53, 55, 58, 60, 63, 64, 66, 68, 69, 70, 72.) Autant de cas où l'intervention eut été utile.

Enfin, dans 15 observations, la grossesse n'a eu aucune influence sur l'enfant, qui n'était pas viable au moment des convulsions et est mort avant l'accouchement. (Obs. 2, 8, 10, 11, 18, 33, 34, 35, 51, 57, 59, 73, 74, 75, 77.)

En résumé :

Grossesse	utile	18 fois sur 78 observations	soit 23 %
—	inutile	21 fois	— soit 27 %
—	nuisible	35 fois	— soit 44 %

Dans 4 cas, l'état du fœtus n'est pas indiqué.

Combien des enfants nés vivants sont morts peu après ? Les observations sont muettes à ce sujet. Deux fois seulement (obs. 13 et 56), la mort de l'enfant est signalée peu après sa naissance.

Aussi, si l'on peut dire, avec M. Michel, que les cas où la grossesse se poursuit chez les éclamptiques ne sont pas assez rares pour ne pas préoccuper; il faut ajouter qu'elle est, dans presque la moitié des cas, nuisible au fœtus, et, dans un quart seulement, de quelque utilité.

4^e Enfin, M. Michel signale contre l'utilité de l'intervention un dernier argument.

« Est-il utile pour montrer ce que la doctrine des interventionnistes à outrance a de trop absolue, de citer ces cas très rares, mais qui n'en existent pas moins, où l'éclampsie s'est terminée spontanément et favorablement sans qu'aucun traitement ait été mis à contribution. » (Michel, thèse doctorat, p. 36). Et il cite cinq cas semblables dont deux ont été signalés par M. Porak et trois par Behm de Stettin.

Nous n'avons pas lu les observations de M. Porak. Voici celles de M. Behm, auxquelles on peut en ajouter une 4^e du même. (Obs. 261 de la thèse de M. Charpentier.)

Obs. 245. — (Th. Charpentier) Behm..., primipare à terme, début pendant la période d'expulsion. L'éclampsie éclate brusquement lors de l'apparition de la tête à la vulve. Plusieurs accès subintrants, forceps, enfant vivant. Retention du placenta, extraction avec *forte hémorragie*. Pendant la

puerpéralite encore quelques accès, mais espacés et diminuant d'intensité. Pas de traitement, mère guérie, enfant vivant.

Obs. 249 — Primipare à terme. Grossesse et accouchement normaux. Demi-heure après la délivrance, violent accès avec *forte métrorragie*, sopor pendant 20 minutes. Plus d'accidents, pas de traitement, mère guérie, enfant vivant.

Obs. 256. — Multipare à terme, début 16 heures après commencement du travail, attaque violente suivie de coma. Pendant ce dernier, douleurs et expulsion d'un enfant à terme, mais mort pendant le travail, 3 accès. Au bout de 10 heures, cessation des accidents, pas de traitement, mère guérie.

Obs. 261. — Primipare à terme. Au début du travail, présentation des fesses. Accès éclamptique. Accouchement à l'aide du crochet, enfant vivant. Présentation transversale d'un deuxième enfant, version, plus d'accès après la délivrance qui fut accompagnée d'une *forte métrorragie*, mère guérie, 2 enfants vivants.

Dans trois de ces cas la délivrance s'est accompagnée d'une forte hémorragie ; dans trois, l'accouchement a suivi de près le début des accidents, dans un il l'a précédé. Dans les quatre, il était inutile d'instituer un traitement, tant médical qu'obstétrical (régime lacté excepté), la nature s'en était chargée : Aussi le docteur Michel a raison de ne pas compter sur ces succès imprévus, et de rappeler, après M. le professeur Tarnier, que, chez les éclamptiques, les surprises pénibles sont plus fréquentes que les agréables.

II. — L'Intervention est nuisible.

1^o L'intervention, a-t-on dit, augmente le nombre des accès convulsifs et assombrit le pronostic.

Nous avons déjà rappelé que toute excitation sur la zone génitale favorise les accès ; quelquefois cependant il n'en est rien ; et, M. le professeur Ollive a, en notre présence, dilaté

complètement un col de l'utérus et fait une application de forceps sans déterminer la moindre crise (Obs. 1). La femme n'était pas soumise aux inhalations de chloroforme.

C'est là une exception. Le chloroforme est nécessaire dans toute intervention chez les éclamptiques. Il serait même utile, à faible dose, pendant le travail des femmes en imminence d'éclampsie. Ce qu'il faut seulement éviter, ce sont les doses massives dont on a autrefois abusé.

Avec un usage rationnel du chloroforme et du chloral, les accès n'augmentent pas pendant les manœuvres. Dans nos 84 observations, ils ont été seulement six fois plus nombreux après qu'avant la délivrance (Obs. 7, 9, 11, 28, 79, 80) ; cinq fois seulement, ils ont été supérieurs à dix dans le post partum (Obs. 11, 16, 28, 29, 37). Quarante-cinq fois, les accès ont cessé immédiatement après l'accouchement ; vingt-trois fois, ils ont diminué de nombre.

Dührssen a raison de nier l'influence fâcheuse de l'intervention sur le nombre des accès toutes les fois qu'on est intervenu sous anesthésie chloroformique. Il a raison d'attribuer à l'absence d'anesthésie, un grand rôle dans la mortalité des anciennes statistiques.

2° L'intervention aggrave l'état maternel.

Là est la plus redoutable objection des partisans exclusifs du traitement médical. Voici comment la résume M. Charpentier (*Bull. Acad. Médecine, 1893*) :

« Tous les accoucheurs sont d'accord pour admettre que, même chez la femme bien portante, une intervention opératoire, si minime qu'elle soit, aggrave le pronostic de l'accouchement. A plus forte raison en sera-t-il de même chez les

femmes éclamptiques, qui, du fait seul de leur éclampsie, sont déjà prédisposées aux complications puerpérales.

L'accouchement forcé, avant l'antisepsie, était un procédé désastreux, aussi bien pour les femmes que pour les enfants ; depuis l'antisepsie, ses dangers sont devenus moindres ; mais ils sont encore très sérieux, et, loin de constituer une méthode, l'accouchement forcé ne doit être considéré que comme une ressource suprême, lorsque tous les autres modes de traitement ont échoué.

Il doit en être exactement de même pour l'opération césarienne, qui doit surtout rester une opération de nécessité et non de choix. »

Quels accidents sont donc imputables à l'intervention ? On lui a reproché d'être cause d'infection puerpérale, d'exposer aux hémorragies.

Les complications infectieuses étaient fréquentes autrefois, avant l'asepsie et l'antisepsie. La thèse d'agrégation de M. Charpentier est remplie de faits probants à ce sujet. Mais actuellement, il ne doit plus en être ainsi. On objecte qu'il s'agit d'opération d'urgence sur un terrain prédisposé : ce motif n'infirme en rien le bien fondé de l'intervention ; et si l'on voulait l'accepter, il faudrait se résoudre à ne jamais intervenir dans les cas d'urgence, d'insertion vicieuse du placenta ou d'hémorragie grave par exemple.

En obstétrique, l'intervention rapide est souvent nécessaire, et les manœuvres peuvent être faites aseptiquement : dans nos quatre-vingt-quatre observations, toutes postérieures à 1870, nous n'avons qu'un seul décès dû à l'infection puerpérale : l'observation est de 1872 (Obs. 44). La morbidité est

faible : dans 3 ou 4 cas seulement, les suites de couches ont été pathologiques (Obs. 2, 4, 78, 82).

Dans une statistique de M. Démelin, où 49 fois il pratiqua l'accouchement méthodiquement rapide, la mortalité maternelle opératoire fut nulle et la morbidité de 8,5 %.

Nous attachons une plus grande importance à sa statistique qu'à la nôtre pour ce qui concerne la morbidité. Ses observations sont personnelles. Les nôtres ont été empruntées à un certain nombre d'observateurs. Dans les observations qui sont inédites (Obs. 1, 6, 7, 26, 27, 28, 30 et 57), nous sommes assurés de la régularité des suites de couches. Pour les autres, nous avons été obligé de nous borner aux détails relatés.

Tous les procédés n'ont pas, d'ailleurs, égale valeur. Nous y reviendrons. Tous ceux qui amènent des traumatismes, des déchirures du col de l'utérus sont plus redoutables que les autres : ils ouvrent ainsi la porte à l'infection.

Les hémorragies sont fréquentes, dit-on, après l'intervention chez les éclamptiques. Ces hémorragies sont ou somato-utérines ou cervico-utérines. Les premières sont dues à l'inertie de l'organe. L'anesthésie chloroformique les favorise : nous en avons trouvé trois exemples (Obs. 51, 56, 64). Dans aucun, elles n'ont eu de conséquences fâcheuses pour la mère : pour quelques accoucheurs même, elles auraient un véritable rôle thérapeutique.

Elles auraient un grave inconvénient, si l'asepsie de l'opérateur n'était parfaite. Il en serait de même dans les cas de délivrance artificielle, qui ne sont pas très rares chez les éclamptiques. Mais alors, l'opération n'est pas à incriminer, l'opérateur seul est responsable.

Les hémorragies cervico-utérines sont occasionnées par les déchirures du col de l'utérus. Fréquentes dans l'accouchement forcé, celles-ci sont rares lorsque l'expulsion ne s'est faite qu'à dilatation complète. Limitées à la portion vaginale du col, elles sont sans importance : elles sont la conséquence fatale de tout accouchement. Remontant sur la partie sus-vaginale, elles peuvent gagner le segment inférieur ; l'écoulement de sang alors devient souvent tel qu'il faut avoir recours au temponnement intra-utérin pour l'arrêter. Ces lésions ne se rencontrent guère avec les procédés français, elles sont l'apanage presque exclusif des incisions cervicales.

Nous ne parlons pas ici des interventions sur le corps de l'organe, nous verrons qu'elles ont des indications très limitées.

Les reproches faits à l'intervention comme aggravant l'état maternel, s'adressent donc à certains procédés et non à tous. Ils ne sauraient avoir ordinairement la valeur qu'on leur a donnée. Les statistiques en font foi.

La mortalité générale dans l'éclampsie oscille entre 20 et 25 pour cent :

Dührssen signale 42 décès sur 200 observations : mortalité, 21 pour cent ;

Zweifel, 28 décès sur 129 observations : mortalité, 21,70 pour cent ;

M. Tarnier 110 décès sur 454 cas d'éclampsie : mortalité, 24,88 pour cent ;

M. Charpentier a une statistique moins bonne : elle est plus ancienne.

La mortalité y est de 26 pour 100 avec accouchement spontané ; de 27,60 avec manœuvre à dilatation complète.

Nous-même avons obtenu une mortalité de 26,78 pour 100 dans l'examen de 1,100 observations.

Le traitement obstétrical donne les résultats suivants :

1° Statistique de M. Charpentier (In thèse d'Agrégation)

Rupture artificielle des membranes, 37 cas :

Observations recueillies, 18 : guérisons, 12 ; morts, 6.

Maternité 19 : — 8 ; — 7.

Sort inconnu, 4.

Mortalité, 13 sur 33.

Seigle ergoté 5 ; guérisons, 4 ; mort, 1.

Accouchement prématuré artificiel, 6 ; guérisons, 5 ; mort, 1.

Accouchement forcé 13 ; — 8 ; — 5.

Récapitulation :

Observations, 57 : guérisons, 29 ; morts, 18.

Mortalité générale, 31,57 pour 100.

Alors l'asepsie et l'antisepsie n'existaient pas ; les épidémies d'infection puerpérale étaient fréquentes, et les statistiques plus récentes seules méritent intérêt.

2° Statistiques allemandes

M. Charpentier, s'appuyant sur des statistiques allemandes empruntées à Dührssen, Wildbolz, Goldberg, Kopetsch, Gettkant, Lantos obtient :

Travail hâté : Obs. 15 ; décès, 4 ; mortalité, 26,66 %.

Travail provoqué : 21 ; — 11 ; — 52,38 %.

Travail forcé : 27 ; — 11 ; — 40,74 %.

Opération césarienne : 12 ; — 4 ; — 36,84 %.

Cette mortalité est effrayante. Elle devrait faire renoncer à l'intervention chez les éclamptiques d'autant plus que dans les mêmes statistiques on a :

Travail spontané : Obs. 385 ; décès, 73 ; Mortalité, 18,96 %.

Et cependant les allemands restent partisans de l'intervention et de l'intervention forcée.

Le professeur Doderlein (*Munch. méd. Wochenschr*, 1894) insiste sur la valeur de cette méthode. Il cite une statistique de Dührssen :

80 interventions chez les éclamptiques ; 19 décès, mortalité, 23,75 pour cent.

Zweifel (*Centr. für Gynökol*, 1895) a obtenu par le traitement forcé 12 décès seulement sur 80 éclamptiques. Sa mortalité est de 15 pour 100. Avec le traitement purement médical, elle atteignait 32,6 pour 100 (16 décès sur 49 éclamptiques.)

Ces deux statistiques, on le voit, sont en contradiction formelle avec la précédente.

3° Statistique de M. Ferri

Au sixième congrès de la société d'Obstétrique et de Gynécologie (Pavie, octobre 1899). Ferri rapporte 82 cas d'éclampsie observés à la Maternité de Milan de 1893 à 1898, et traités par la dilatation artificielle du col.

19 fois, on a employé le procédé de Dührssen.

7 fois, on a employé le dilatateur de Bossi.

56 fois, on a employé le dilatateur de Tarnier.

Sur ces 82 cas, pas un accident opératoire.

6 femmes seulement ont succombé, soit 7 p. 100 de mortalité. » (D^r Dubrisay, *Société d'Obstétrique de Paris*.)

4° Observations diverses

Nous avons pu réunir 84 observations d'éclampsie dans lesquelles on est intervenu pour provoquer, hâter, accélérer le travail.

Tous les procédés ont été employés.

Nous obtenons :

Observations, 84; décès, 18; mortalité, 21,42 p. 100.

Avec le travail spontané, qu'il y eut ou non intervention à dilatation complète nous avons constaté :

Eclampsiques, 955; décès, 227.

Mortalité, 23,76.

Il y aurait ainsi avantage à intervenir; mais l'avantage paraît faible, si l'on s'en tient à un rapide examen de cette statistique.

Une étude plus complète des observations dans lesquelles la mort a suivi la provocation ou l'amélioration du travail, permet de tirer des conclusions plus précises.

M. Charpentier, en fait de chiffres statistiques, n'admet pas les sélections (*Bul. de l'Acad. de Médecine*, 1893, p. 54). On ne peut cependant attribuer à une méthode de traitement des décès qui ne lui sont pas imputables.

L'intervention a été quelquefois entreprise alors que tout espoir de sauver la mère était perdu. C'était le moyen héroïque auquel on avait recours sans grande confiance, ou seulement pour obtenir un enfant vivant.

Les observations 12, 62, 70, 71, 82, en sont la preuve.

Dans la 1^{re} (obs. 12), M. le docteur Schwaab intervient alors que l'état de la mère lui semble désespéré. Lui-même le disait

récemment à la Société d'Obstétrique de Paris. « Comme le pronostic me semblait très grave et que le traitement médical avait déjà été entièrement institué, je me décidais à essayer le traitement obstétrical en dernier ressort, *et aussi pour donner satisfaction à la famille.* » (Soc. Obs., fév. 1900).

Dans la 2^e (obs. 62), la malade du docteur Lugeol a eu 19 accès en moins de deux heures. Sa température oscille entre 38 et 41. Les périodes de coma sont particulièrement longues. Ces trois symptômes font porter à l'opérateur le plus sombre pronostic ; il se décide néanmoins à intervenir ; et la femme meurt avant d'accoucher. On ne peut accuser la provocation du travail d'avoir aggravé la situation. Elle resta la même qu'auparavant.

Les trois malades du Dr Azais (Obs. 70, 71, 82), étaient dans un état non moins désespéré. Chez la première, la mort est imminente, la seconde est dans le coma depuis plus de vingt-quatre heures, et la troisième a eu un grand nombre d'accès, se trouve dans le coma absolu et à une température de 39.5.

Nous sommes en droit de retrancher ces cinq décès de notre mortalité. M. Charpentier retranche de même, dans les statistiques allemandes, deux opérations césariennes faites *in extremis*.

Nous obtenons ainsi 13 décès pour 79 accouchements ; la mortalité est de 16.45 ‰, chiffre bien inférieur à celui de la mortalité générale, 26.78 ‰.

Souvent, la situation, moins désespérée, n'en est pas moins grave ; on n'intervient qu'après échec des autres médications (Observations 5, 6, 10, 11, 17, 23, 26, 28, 29, 30, 60, etc.).

Rares sont les cas où l'on s'est décidé à vider l'utérus dès le début des accidents ; les résultats alors sont plus favorables.

Le Dr Fieux obtient ainsi 5 succès sur 5 interventions, Ferri, 76 sur 82, Dührssen, 61 sur 80, Zweifel, 68 sur 80. Aussi, pour pouvoir nettement juger de la valeur de l'intervention, il faudrait y avoir systématiquement recours, dès le début des convulsions.

L'évacuation utérine ne sauvera pas toujours la mère ; elle ne la guérira pas d'une hémorragie cérébrale (Obs. 26), ou d'une congestion pulmonaire (Obs. 78), mais elle aura une action favorable sur l'intoxication ; et, hâtive, préviendra peut-être bien des complications.

3° L'intervention est nuisible à l'enfant ; c'est là le dernier reproche fait au traitement obstétrical. Nous ne reviendrons pas sur les arguments tirés de la rapidité de la mort du fœtus chez les éclamptiques ou de la lenteur de l'intervention. Nous nous sommes déjà expliqués à ce sujet. On a accusé les manœuvres elles-mêmes d'être cause de la mort du fœtus. Il en est deux que nous condamnons nettement : la rupture prématurée des membranes et l'accouchement forcé avant dilatation complète. La rupture de la poche des eaux a pourtant donné quelques succès (5 sur 8), mais elle n'en a pas moins une action fœticide. Le fœtus n'est plus protégé contre les violentes contractions de l'utérus maternel ; et les troubles circulatoires sont augmentés dans le placenta.

L'accouchement forcé avant dilatation complète amène presque constamment la mort du fœtus ; personne actuellement ne voudrait y avoir recours. C'est une loi formelle d'obstétrique (Démelin).

Les autres manœuvres sont absolument inoffensives, et l'on ne voudrait incriminer les applications de forceps ou la

version, lorsque la dilatation est complète, puisque tous les accoucheurs y ont recours chez les éclamptiques.

Les statistiques, d'ailleurs, montrent éloquemment la valeur de l'intervention. Sur nos 84 observations, 3 fois l'état du fœtus n'est pas signalé, et 21 fois le fœtus était mort avant les manœuvres. Restent 60 observations avec 11 décès, soit une mortalité fœtale de 18.33 %.

Dans 8 cas (Obs. 6, 23, 26, 37, 40, 63, 69 et 77), l'intervention rapide n'aurait pu sauver le fœtus. Il était mort avant l'arrivée du médecin. Nous obtenons alors, en tenant compte de ce fait, une mortalité maxima de 19 décès pour 68 observations, soit 27.94 %, c'est à peu près la moyenne obtenue dans le travail spontané, lorsque les accès convulsifs débudent à la fin de la période de dilatation ou pendant la période d'expulsion. Mais cette mortalité est bien inférieure à la mortalité générale du fœtus dans les cas d'éclampsie, mortalité qui atteint en moyenne 49 %, pour s'élever à plus de 70, lorsque le travail ne se déclare pas aussitôt.

Ainsi : Eclampsie sans intervention :

Mortalité maternelle	23.76 %.
Mortalité fœtale	49 —

Eclampsie avec intervention :

Mortalité maternelle	16.45 %.
Mortalité fœtale	27.94 —

Valeur des différentes interventions chez les éclamptiques

La nature de l'intervention, le choix du procédé ont une grande influence sur la valeur du traitement obstétrical de l'éclampsie.

Pour débarrasser l'utérus, l'accoucheur dispose d'un grand nombre de procédés. Les uns consistent à ouvrir l'abdomen et à sectionner le corps de l'utérus ; les autres agissent sur le col de cet organe par la voie vaginale.

L'opération césarienne compte peu de partisans. Quatorze fois en 1893, elle avait été pratiquée chez des éclamptiques. Deux femmes étaient mourantes au moment de l'intervention : quatre autres étaient mortes consécutivement, et huit avaient guéri.

La mortalité était de 36,86 pour 100, chiffre bien supérieur à la normale. 5 enfants étaient nés vivants ; les sept autres avaient succombé avant l'opération. C'est là un résultat peu encourageant, et, si nous avons signalé ce procédé opératoire, c'est pour le condamner. Ses dangers dépassent de beaucoup les avantages de l'intervention.

Les opérations sur le col de l'utérus actuellement sont seules employées. Elles sont différentes suivant que l'éclamptique est primipare ou multipare, que le travail est ou n'est pas déclaré, que la grossesse est arrivée près du terme ou en est encore éloignée.

Le col de l'utérus a un aspect, une forme variable avec ces diverses circonstances.

Pendant la grossesse, chez la primipare, il est plus ou moins ramolli, mais résistant, faisant relief dans la cavité vaginale.

Il conserve encore toute sa hauteur et paraît peu effacé. L'orifice externe, fermé pendant la plus grande partie de la gestation, permet avec peine, dans les derniers jours, l'introduction de l'index dans la cavité cervicale. Le doigt y est serré, comprimé, et pour pénétrer plus profondément, doit exécuter des mouvements de vrille. Il est bientôt arrêté par un anneau qui l'empêche d'aller plus loin : c'est l'orifice interne. Là, la résistance est très grande, souvent même difficile à vaincre. Chez la multipare, le col est large, donne au doigt explorateur la sensation d'une petite masse sans contours bien nets. On dirait un chiffon de drap mouillé. Peu saillant, il présente un orifice largement perméable. Sa cavité semble à peine haute de deux centimètres; et l'index arrive facilement à l'orifice interne, fermé habituellement, mais peu résistant et permettant aisément d'atteindre les membranes.

Pendant la grossesse, c'est donc l'orifice interne qui offre le plus de résistance au passage de corps étrangers : c'est contre lui que devront s'exercer les efforts de dilatation ; et, tandis qu'ils en triompheront facilement chez la multipare, ils n'y arriveront qu'avec peine chez la primipare. Quelquefois même, les tissus se déchireront au lieu de se distendre.

La dilatation manuelle, chez une primipare, rend bien compte de tous ces détails. Pendant cette dilatation le col garde toujours son aspect canaliculaire : il ne prend pas, comme dans l'accouchement spontané, une forme hémisphérique ; et c'est à la partie supérieure du canal que les doigts sont serrés, comprimés ; c'est là que, dans de trop brusques efforts, on peut quelquefois percevoir de petits craquements.

Pendant le travail, le col change d'aspect : chez la multipare, il est presque immédiatement réduit à un bourrelet et

permet aisément l'introduction de l'appareil dilateur quel qu'il soit ; chez la primipare, il conserve assez longtemps sa forme primitive. Il présente encore une certaine résistance, mais bientôt, il s'efface, prend un aspect conique à base supérieure, puis hémisphérique. La bride supérieure disparaît.

A la période de dilatation, c'est un simple anneau plus ou moins souple, dont les bords sont ordinairement assez faciles à distendre.

On comprend que l'intervention sera plus aisée chez la multipare que chez la primipare, pendant le travail que pendant la grossesse, pendant la période de dilatation que pendant la période d'effacement.

Aussi, dans certains cas, les procédés anodins échouent (obs. 3), il faut renoncer à la provocation de l'accouchement ou avoir recours à des procédés moins inoffensifs.

Avec un col résistant et encore long, les complications peuvent être sérieuses : ce sont des éraillures siégeant sur le segment inférieur (obs. 2), des déchirures remontant au dessus des attaches vaginales du col (obs. 4), des hémorragies, conséquences de ces lésions, des cicatrices vicieuses, amenant plus tard des troubles dans la santé de la femme.

Avec un col déjà effacé et commençant à se dilater, les déchirures ont peu d'importance, elles n'intéressent que le museau de tanche, ne remontent pas à la portion sus-vaginale (obs. 17) ; les hémorragies sont insignifiantes, et l'infection est moins à redouter.

Ces complications heureusement n'existent pas toujours. Un grand nombre d'observations en font foi ; et la mortalité est moindre dans les cas de provocation du travail que dans ceux où il a été simplement accéléré.

Nous avons en effet dans nos observations :

Travail provoqué : Cas.....	38
Guérisons.....	32
Décès.....	6
Mortalité.....	15,78 %
Travail accéléré : Cas.....	46
Guérisons.....	34
Décès.....	12
Mortalité.....	26,08 %

L'état de la parturiente, au moment de l'intervention, explique cette mortalité plus grande dans l'accélération du travail : alors, souvent, la situation est grave, presque désespérée ; habituellement, au contraire, le travail est provoqué peu après les premiers accès, la femme est moins intoxiquée, les complications ne sont pas encore survenues.

Le choix du procédé n'est pas indifférent.

L'accouchement forcé, avant dilatation complète, est à rejeter. Y avoir recours, c'est assurer la mort du fœtus et exposer la mère à des accidents : la tête de l'enfant déchire ou tout au moins éraille le segment inférieur de l'utérus ; il en résulte des complications graves dont nous avons déjà parlé. C'est à peine si quelquefois, on peut se servir du forceps pour dilater un col qui a tendance à se refermer.

Nous avons plusieurs exemples d'intervention semblable (Obs. 1, 29, 33, 37, 77). Mais alors il ne faut jamais faire des efforts de traction. Le forceps devient un appareil tenseur et non tracteur.

Les *incisions cervicales* ont été préconisées par Dührssen. Elles ont plus d'inconvénients que d'avantages.

Pratiquer sur le col des incisions multiples et profondes, allant jusqu'aux insertions vaginales, extraire ensuite le fœtus par manœuvres internes et suturer les bords des plaies, tout cela ne se fait pas sans danger.

Avec l'asepsie et l'antisepsie, comme on les pratique aujourd'hui, les incisions ne sont pas redoutables, bien qu'elles ouvrent des portes à l'infection ; mais, ainsi que l'a démontré M. Charpentier, ce qui est dangereux dans le procédé, c'est l'extraction.

« Si, en effet, la portion supra-vaginale du col n'est pas absolument dilatée et souple, ces incisions pratiquées sur le col peuvent s'agrandir, au moment du passage de la tête fœtale, au point de gagner le segment inférieur de l'utérus et de produire ainsi de véritables déchirures intérieures. » (Charpentier, *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1893).

C'est encore à ce procédé qu'on peut faire le reproche de créer des cicatrices vicieuses et de déterminer des hémorragies graves : Dührssen nie l'existence de ces hémorragies. Leur possibilité ne saurait être mise en doute toutes les fois que l'incision gagne, pendant l'accouchement, le segment inférieur de la matrice.

Enfin, on ne peut dans tous les cas, avoir recours à ce moyen d'intervention. Pour sa bonne exécution, il nécessite la dilatation préalable de la portion sus-vaginale du col. Celle-ci ne s'effectue qu'au début du travail. Vouloir opérer auparavant, c'est revenir à l'accouchement forcé et à un accouchement forcé d'autant plus dangereux que les incisions ont ouvert la voie aux déchirures profondes. Aussi pendant la grossesse, le procédé de Dührssen est impraticable.

Employé dans cinq de nos observations (nos 69, 70, 71, 72, 76), il a donné trois succès maternels (Obs. 69, 72, 76) et trois succès fœtaux (Obs. 71, 72, 73).

Sur 80 interventions, Dührssen n'a eu à déplorer que 19 décès, et Zweifel, sur le même nombre de cas, n'en a eu que 12.

Ces trois statistiques réunies donnent :

Observations	185
Décès maternels.....	33
Mortalité.....	17,84 ‰

Comme statistiques infantiles, nous n'en avons trouvé qu'une de Dührssen : 24 enfants vinrent vivants sur 30 naissances, soit une mortalité de 20 ‰.

La *rupture des membranes* est un procédé d'intervention souvent inutile, toujours dangereux.

Souvent inutile : si quelquefois l'accouchement suit de près l'ouverture de l'œuf (Obs. 73, 74, 75, 77, 79), celle-ci, parfois, n'a aucune influence sur la marche du travail (Obs. 72 et 78) et ne parvient même pas à le provoquer (Obs. 80).

Toujours dangereux : la parturiente est exposée aux accidents fébriles, à l'infection amniotique. Le fœtus meurt par asphyxie due aux troubles de la circulation placentaire.

Les résultats fournis par les statistiques n'y sont guère favorables.

Nous avons :

Etat maternel :

Observations particulières.....	7
Guérisons.....	5
Décès.....	2
Observations M. Charpentier.....	33
Guérisons.....	20
Décès.....	13

Statistiques allemandes.....	13
Guérisons.....	9
Décès.....	4
Et en réunissant ces statistiques :	
Observations.....	53
Guérisons.....	34
Décès.....	19
Mortalité.....	33,93 %
Etat fœtal :	
Observations particulières.....	7
Enfants vivants.....	4
Décès.....	3 (dont 1 antérieur)
Observations M. Charpentier.....	11
Enfants vivants.....	7
Décès.....	4
Ce qui donne :	
Observations.....	18
Décès pendant l'intervention	6
Mortalité.....	33,33 %

Les *corps étrangers intra-utérins* doivent être délaissés chez les éclamptiques. Les uns, éponge préparée, tige de laminaire, ont une action illusoire ou tout au moins incertaine ; les autres, sondes, bougies, n'agissent que lentement. Leur effet ne se produit qu'au bout de quelques heures, souvent même de quelques jours.

Employés 7 fois dans nos observations (Obs. 57 à 64), ils ont déterminé l'expulsion du fœtus dans un temps variable entre 3 et 10 heures : 1 fois l'accouchement n'a pas eu lieu (62). Il y a eu un décès maternel et 6 décès fœtaux ; une seule fois l'enfant était mort au moment de l'intervention.

Les statistiques allemandes contiennent 11 observations où l'on s'est servi de corps étrangers pour favoriser l'accouchement chez les éclamptiques. La mort est survenue 4 fois.

Réunissant ces statistiques, nous obtenons :

Etat maternel :

Observations.....	18
Guérisons.....	13
Décès.....	5
Mortalité.....	27,77 %

Etat fœtal :

Observations.....	7
Décès.....	6 (dont 1 avant l'intervention)
Mortalité.....	83 %

(Le nombre des observations où l'état de l'enfant est signalé est trop peu important pour pouvoir attribuer à cette mortalité une réelle valeur).

Les *ballons* sont souvent employés pour provoquer ou accélérer le travail. Les plus employés sont avec les Colpeurynters et les sacs-violons de Barnes, les ballons de Tarnier, de Moussous, de Champetier, de Boissard, de Lucas.

Ils se divisent en deux groupes: les petits et les gros ballons.

Les petits ballons peuvent être introduits dans le col d'une primipare pendant la grossesse, avant tout début de travail (Obs. 42, 45, 46, 48, 49, 84). Mais leur action est lente : dans trois de ces observations, le temps écoulé entre la mise en place du ballon et l'accouchement a été : deux fois de 12 heures et une fois de 54 heures ! Dans les trois autres cas, il n'est pas indiqué.

Comme agents accélérateurs du travail, ces ballons sont encore de quelque utilité à la période d'effacement du col :

employés trois fois à ce moment (Obs. 29, 43, 44), ils ont amené l'expulsion du fœtus 2 heures et demie, 3 heures et 7 heures après le début des manœuvres.

A la période de dilatation, ils sont sans utilité

Le grand avantage de ces appareils est leur innocuité ; leur inconvénient, la lenteur de leur effet. On peut y remédier en partie, en les remplaçant au bout de quelque temps, lorsque la dilatation commence, par des procédés plus actifs. C'est ce qui a été fait dans les observations 34, 36 et 37. Le ballon de Champetier fut mis à la place, soit du ballon de Moussous, soit de celui de Tarnier.

La durée du travail fut alors de 9 heures, 5 heures et demie et 6 heures.

Au point de vue du pronostic, voici les résultats obtenus par leur emploi :

Petits ballons employés seuls, 9 observations, dont :

6 pour provocation du travail.

Mères guéries.... 6

Enfants vivants.. 4

Enfants morts ... 2, dont 1 avant l'intervention.

3 pour accélération :

Mères mortes 3

Enfants vivants.. 2

Enfant mort..... 1

Petits ballons remplacés ensuite par d'autres procédés :

3 observations pour provocation du travail :

Succès maternels. 3

Succès fœtaux ... 2

Le dernier fœtus mort avant l'intervention.

Les gros ballons peuvent être rarement employés, chez les primipares, au moins, comme provocateurs du travail ; il faut, pour permettre leur introduction, que la cavité du col de l'utérus soit suffisamment dilatable ; cinq fois ils ont été mis en place dans ce but, mais trois des malades (Obs. 26, 27, 35) étaient multipares, une seule primipare (Obs. 39), et arrivée au terme de la grossesse.

Ils servent surtout comme accélérateurs du travail (Obs. 28, 30, 31, 32, 33, 38, 40, 47). Leur mise en place est alors relativement aisée.

Leur effet est assez rapide. Dans les cas où l'on s'en est servi pour provoquer le travail, l'accouchement a eu lieu 4, 6, 8, 10 et 16 heures après le moment de l'intervention.

Comme accélérateurs du travail, ils amènent l'expulsion du fœtus au bout d'un temps variable, de deux à sept heures dans nos observations. Une seule fois (Obs. 40), elle a eu lieu dix-neuf heures après l'intervention.

Mais les gros ballons ont de grands inconvénients, particulièrement le ballon de M. Champetier.

Ils sont difficiles à asepsier, surtout lorsqu'il s'agit d'opération d'urgence. Ils ne préservent pas des déchirures utérines ; et récemment, M. Bar signalait une hémorragie mortelle survenue chez une multipare, à la suite d'une dilatation rapide avec un ballon. L'hémorragie était due à l'action du ballon ; elle avait débuté avant les manœuvres internes auxquelles on eut ensuite recours.

Ils sont funestes à l'enfant. Souvent, ils amènent la rupture des membranes, déplacent la partie fœtale qui se présente. Les présentations du sommet sont changées en présentations

du tronc. Nous avons plusieurs fois constaté ce fait signalé par tous les accoucheurs. L'observation 26 en est un exemple.

Ils exposent aux procidences : procidence du cordon, procidence des membres. Dans cette même observation 26, il y eut procidence des membres; dans l'observation 38, procidence du cordon; dans l'observation 35, à la fois procidence du cordon et d'un membre.

Enfin, les ballons déterminent des contractions anormales de l'utérus, et la rétraction de l'anneau de Bandl n'est pas rare (Obs. 26).

Aussi, leur usage doit-il être restreint, dans l'intérêt des enfants tout au moins.

Leur emploi a donné les résultats suivants :

Provocation du travail :

Observations 5

Décès maternel . . 1

Décès fœtaux 2, dont 1 avant l'intervention.

Accélération du travail :

Observations 8

Décès maternel . . 0

Décès fœtaux 3, dont 2 avant l'intervention.

En résumé :

Dans 25 observations, on s'est servi de ballons dilatateurs :

avec succès pour les mères 21

Décès — — 4

Mortalité maternelle 20 %.

avec succès fœtaux 16

Décès après l'intervention 3

Mortalité 16.31 %.

Les *dilatateurs métalliques* employés pour provoquer ou accélérer le travail de l'accouchement sont le dilatateur de M. Tarnier et le dilatateur de M. Bossi.

Nous n'avons jamais fait usage du dilatateur de M. Bossi. Son inventeur lui donne pour avantages : de pouvoir être introduit dans la cavité cervicale dès le quatrième mois de la grossesse, de permettre une dilatation suffisante (11 centimètres), avec ses trois branches, et d'amener en 20 minutes cette dilatation chez une primipare à col long, ni effacé, ni dilaté avant l'intervention.

En 1896, sur 38 cas où il était ainsi intervenu, M. Bossi n'avait eu que 2 décès maternels et 5 fœtaux, ce qui donne :

Une mortalité maternelle de 5.26 %,

Et une mortalité fœtale de 13.16 %.

L'écarteur métallique de M. Tarnier a été quelquefois employé dans le traitement obstétrical de l'éclampsie comme divulseur extemporané.

Son action est rapide : l'accouchement se fait habituellement peu de temps après la mise en place de l'instrument, Elle échoue quelquefois (obs. 54.)

Le dilatateur, manié sans prudence, expose à des lésions traumatiques de l'utérus.

Les indications de son usage sont assez restreintes chez les éclamptiques.

Il sera utile dans la période de dilatation, après échec d'un procédé plus bénin, la dilatation manuelle par exemple. En s'en servant sans violence, on pourra alors en obtenir de réels services.

Son emploi, dans sept de nos observations (50 à 57) a donné 5 succès maternels et 4 fœtaux : Deux fois, l'enfant était mort avant toute manœuvre.

M. Ferri s'en est servi 56 fois. En attribuant à ce procédé les 6 décès signalés par cet auteur on obtient :

Observations.....	63
Guérisons.....	55
Décès.....	8
Mortalité.....	12,69 %

Il est impossible d'établir la mortalité des enfants : les observations où l'état du fœtus est signalé sont trop peu nombreuses pour pouvoir en tirer une conclusion.

Le col peut enfin être dilaté avec les mains. La dilatation manuelle se fait de deux façons différentes : la dilatation manuelle simple et la dilatation bimanuelle, suivant le procédé de M. Bonnaire.

Dans le premier cas, la main est introduite dans le vagin ; puis l'index, par des mouvements de vrille, pénètre dans le col et le dilate jusqu'à ce qu'on puisse introduire deux doigts. Les deux doigts travaillent alors ensemble, et bientôt, on peut pénétrer trois doigts, puis quatre, puis la main toute entière.

Le procédé de M. Bonnaire diffère sensiblement du précédent. Il est classique actuellement, ce qui nous permettra de le résumer brièvement :

L'index droit est introduit dans la cavité cervicale, et, par des mouvements de vrille, franchit l'orifice interne : il en déprime en tous sens le pourtour par un massage excentrique. Peu à peu, les mouvements deviennent plus aisés et en un temps variable, une place suffisante est faite pour l'introduction de l'index gauche.

Celui-ci glisse à côté du droit en ayant soin d'adosser les deux doigts sur toute leur étendue.

On introduit les deux index aussi loin que possible jusqu'à ce qu'ils aient pris sur l'orifice interne une assise solide. Alors, à la façon d'une pince dont on écarterait les mors, et dont le pivot répondrait aux articulations métacarpo-phalangiennes, ces doigts dépriment les lèvres du col en des points diamétralement opposés. On les déplace de façon à distendre les parois en tous sens. La pression doit être lente, soutenue, sans à coups et progressive autant que le permet la résistance des tissus.

L'orifice s'élargit ; le médius de la main droite pénètre : trois doigts agissent alors, adossés deux à un. Bientôt on peut introduire le médius gauche. Le col est distendu ainsi par quatre doigts. On continue ainsi jusqu'à l'introduction de quatre doigts de chaque main ; alors, on a une prise assez solide pour achever la dilatation cervicale ; et en massant dans tous les sens, elle devient rapidement complète.

Ces deux procédés n'ont pas même pronostic : La dilatation bimanuelle seule permet une dilatation suffisante pour l'extraction du fœtus.

Le procédé bimanuel est extrêmement rapide : en quelques minutes, on obtient dilatation complète sur un col déjà effacé au moment de l'intervention ; et lorsqu'on veut provoquer le travail, rarement les manœuvres durent plus d'une heure. Dans quelques-unes de nos observations, elles ont été plus longues c'est qu'alors on n'avait pas eu recours à la dilatation bimanuelle, et qu'on attendait la dilatation complète soit par le travail spontané soit par un autre mode d'intervention.

La dilatation manuelle, pratiquée sous la narcose chloroformique ne détermine ni choc, ni surexcitation nerveuse pour l'éclampsique.

Dans aucune de nos observations, elle n'a causé de décès maternels : les cinq décès (Obs. 5, 11, 12, 16, 17) sont dûs à l'intoxication. Les manœuvres n'ont en rien aggravé l'état maternel : une seule fois (Obs. 11), les accès furent bien plus nombreux après l'accouchement qu'avant l'expulsion du fœtus. Dans deux autres observations (n^{os} 7 et 9), le nombre des accès du post partum fut encore supérieur à celui de l'ante partum ; mais il est insignifiant.

Rares sont les déchirures avec ce procédé : les mains en sont prévenues par la sensation de petits craquements ; il faut alors changer les points d'application de l'effort, et si l'on perçoit de nouveau ces mêmes sensations, remplacer ce procédé par un autre moins rapide.

Dans trois cas (Obs. 2, 4, 17), on a signalé des lésions cervicales : deux fois, elles furent bénignes ; une seule fois, elles dépassaient les attaches vaginales du col. Elles amenèrent deux fois quelques troubles dans les suites de couches ; mais la guérison suivit rapidement.

Avec la dilatation manuelle, l'œuf reste intact jusqu'au dernier moment : ici encore, on n'a pas à redouter les procidences ou les changements de présentation.

Le plus grand reproche qu'on puisse adresser à ce procédé est d'échouer quelquefois chez les primipares, pendant la grossesse, surtout loin du terme. Il en fut ainsi dans l'observation 3 ; et M. le professeur Bonnaire nous a dit avoir échoué plusieurs fois en semblables circonstances.

On peut tenter cependant la manœuvre ; et, si l'on échoue, la femme aura couru le minimum de danger.

M. Demelin prétend que « chez les primipares ou chez les femmes dont les tissus sont résistants, on ne réussit pas

oujours à compléter la dilatation, même si l'effacement est déjà fait. » (*Soc. Obst., Paris*).

Nous en avons un exemple dans l'observation 2. Quand la résistance des tissus est telle, rien n'empêche alors d'attendre ou de remplacer la main par un écarteur métallique manié avec prudence (Obs. 51, 53).

Employée dans 26 de nos observations (1 à 26 et 83), la dilatation digitale puis manuelle a donné les résultats suivants :

Provocation du travail :

Observations..... 8

Mères :

Guérisons 6

Décès 2

Fœtus :

Vivants..... 5

Morts 1 (pendant les manœuvres)

Accélération du travail :

Observations..... 18

Mères :

Guérisons 15

Décès 3

Fœtus :

Succès 12

Décès 1 (pendant les manœuvres)

En ajoutant les 3 observations de Haultain, et retranchant un cas où l'intervention fut faite à toute extrémité (Obs. 12), on obtient :

Mères :

Observations.....	28
Guérisons.....	23
Décès.....	4
Mortalité.....	14,28 %

Fœtus :

Observations.....	21
Décès.....	2
Mortalité.....	9,53 %

En résumé, chaque procédé donne la mortalité suivante :

Mères :

Opération césarienne.....	36,86 %
Incisions cervicales.....	17,84
Rupture des membranes... .	33,93
Corps étrangers.....	27,97
Ballons dilateurs.....	20
Dilateurs métalliques....	12,69
Dilatation manuelle.....	14,28

Fœtus :

Rupture des membranes... .	36,36 %
Incisions cervicales.....	20
Ballons.....	16,31
Dilateurs métalliques....	13,16 (Bossi)
Dilatation manuelle.....	9,53

Cette mortalité fœtale est la mortalité pendant les manœuvres. Les décès avant l'intervention n'y sont pas compris.

De cette étude des différentes interventions chez les éclamptiques et des divers procédés opératoires, autant que permet de juger le petit nombre de nos observations, on constate que :

1° La provocation et l'accélération du travail ont à peu près même pronostic : l'intervention est plus bénigne, expose moins aux complications, lorsqu'il s'agit simplement d'accélérer le travail ; mais l'état maternel est moins bon, l'intoxication plus profonde.

2° Des différents procédés de provocation ou d'accélération du travail, les procédés violents (incisions, accouchement forcé, opération césarienne) doivent être rejetés.

Il en est de même des procédés dont l'action est lente et souvent incertaine (corps étrangers intra-utérins, rupture des membranes).

C'est à l'accouchement méthodiquement rapide qu'il faut avoir recours.

La dilatation bi-manuelle est le moyen le plus sûr et le moins dangereux : sa rapidité d'exécution, sa simplicité la rendent supérieure à l'emploi de ballons ou d'instruments métalliques.

Malheureusement, elle échoue quelquefois, soit au début, soit à la fin de l'intervention.

Les ballons ont une action lente, les petits surtout : ils peuvent rendre de grands services pour provoquer le travail, lorsque la dilatation manuelle a échoué. Les grands modèles ont peu d'indications. Leur influence sur l'état du fœtus les rend inférieurs aux autres procédés.

Les dilateurs métalliques exposent quelquefois les tissus maternels aux traumatismes : ils trouvent eux aussi leur emploi après échec de la dilatation manuelle, surtout à la période de dilatation.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite)

Eclampsie chez une primipare au 8^e mois de la grossesse. — Accouchement accéléré, méthodiquement rapide. — Guérison. —
Par MM. OLLIVE et SCHMITT.

(Communication faite à la *Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes*, par M. le professeur Ollive.)

Le 17 mai, je fus appelé, dans la soirée, auprès d'une primigeste, âgée de 27 ans, enceinte d'environ huit mois. Dernières règles, du 7 au 11 septembre 1898.

Cette dame fut prise, le matin, vers dix heures, de crises convulsives. Les accès, d'abord éloignés, augmentent ensuite de fréquence et d'intensité. A cinq heures du soir, on en a compté dix, dont quatre dans la dernière heure. M^{me} X... est dans le coma le plus absolu, la face congestionnée, les paupières bouffies, les pupilles dilatées. La langue présente de nombreuses morsures sur les bords. Œdème des malléoles, varices aux membres inférieurs.

Perte absolue de connaissance, respiration stertoreuse, pouls petit et fréquent, température normale. Par instants, agitation, mouvements de la tête et des membres supérieurs.

Examen obstétrical : l'utérus est à trois travers de doigts au-dessus de l'appendice xyphoïde. Quelques contractions avec écoulement de glaires sanguinolentes ; col mou, peu

diminué de hauteur, permettant à peine l'introduction du doigt ; promontoire inaccessible ; bassin normal.

Fœtus se présentant en O I G, mobile au-dessus du détroit supérieur ; bruits du cœur faibles, maximum à gauche.

Pendant cet examen, nouvel accès convulsif ; accès typique d'éclampsie ; il dure deux minutes.

La malade retombe ensuite dans le coma.

La vessie vide ne permet de recueillir d'urine.

Les antécédents de cette dame sont bons : la grossesse fut normale au début ; en janvier, quelques crises convulsives, les urines, examinées par une sage-femme, ne contenaient pas d'albumine.

Depuis le commencement de mai, œdème des paupières et des membres inférieurs, bourdonnements d'oreilles, troubles oculaires, vertiges, céphalée intense, douleur épigastrique. Les urines ne furent pas alors examinées.

En présence de cet état, je fais une saignée de 250 grammes, et prescris un lavement avec 4 grammes de chloral. A six heures, nouvel accès aussi intense que les précédents ; c'est le douzième.

A sept heures, je revois la malade. Elle est toujours dans le coma. Le col est bien diminué de hauteur. On peut y introduire l'index. Les bruits du cœur sont presque imperceptibles. Pendant cet examen, accès larvé d'éclampsie.

L'état de la mère et du fœtus réclame une intervention rapide.

Je me décide à hâter l'accouchement. Je suis assisté par mon élève, M. Schmitt, interne des hôpitaux.

La parturiente est mise en position obstétricale. Asepsie des organes génitaux externes et du vagin. Exactement à 7 h. 50, j'attaque le col avec l'index droit introduit dans sa cavité ; par des mouvements en tous sens, je puis bientôt y faire pénétrer l'index gauche. Alors, de mes deux doigts fléchis et adossés l'un à l'autre, je cherche à augmenter la dilatation. Le col résiste d'abord, c'est surtout l'orifice interne qui ne se laisse pas dilater. Enfin, je parviens à introduire deux doigts de chaque main, et, par des tractions en tous sens, méthodiques

et diamétralement opposées, j'obtiens en 20 minutes, dilatation complète ou au moins un col très dilatable. La tête n'est pas fixée et fait saillie en avant de la symphyse pubienne. Application de forceps au détroit supérieur. La tête fuit. Je la maintiens en place pendant que M. Schmitt applique de nouveau le forceps. Prise régulière.

Le col s'est légèrement refermé pendant ces manœuvres, aussi, avant de procéder à l'extraction, faut-il exercer une tension soutenue sur les crochets du forceps, pendant que la main introduite dans le vagin, complète la dilatation. La tête descend, exécute son mouvement de rotation. A 8 h. 20, l'accouchement est terminé. Aucune déchirure. Le col de l'utérus est intact, le périnée également.

L'intervention a duré 30 minutes. Il n'y a pas eu d'accès éclamptique.

La délivrance s'effectue rapidement : placenta farci d'infarctus ; écoulement sanguin normal.

L'enfant est né en état de mort apparente. Il est ramené au bout d'un quart d'heure. Il mesure 42 centimètres et pèse deux kilogrammes. Il a environ sept mois et demi. On le place dans de l'ouate.

La parturiente est toujours dans le coma. A 10 heures, quatorzième accès d'éclampsie moins intense et moins net que les précédents. C'est le dernier. Alors, le pouls est faible, la respiration paisible ; la température est de 38°.

La malade n'a pas uriné de la journée. Le cathétérisme n'amène que quelques gouttes d'urine rouge. L'addition d'acide nitrique ne décèle pas la présence d'albumine.

Nouveau lavement de chloral (4 gr.)

Vers minuit, M^{me} X... sort du coma. Le lendemain, la connaissance est complète. Les convulsions n'ont pas reparu. Température normale, pouls régulier. Régime lacté absolu : quatre litres de lait par 24 heures.

Suites de couches normales ; la température ne dépassa pas 37°5.

Examen des urines, le 19 mai : urines pâles, de densité faible, 1012 ; albumine, 2 grammes par litre, traces d'urobiline.

Huit jours après, l'albumine était disparue et l'état de la malade aussi satisfaisant que possible.

OBSERVATION II

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Porak.

*Eclampsie puerpérale. 3 accès avant l'accouchement et 3 après.
Dilatation manuelle. Accouchement spontané. Enfant vivant.
Guérison maternelle.*

La nommée Berti, primipare, 21 ans, brocheuse, est amenée le 13 décembre 1898, à la Maternité. Elle est dans le coma éclamptique.

Antécédents héréditaires: Père mort, mère souffrant d'une tumeur dont elle est soignée à l'hôpital Beaujon.

Elle ignore à quel âge elle a marché. Premières règles à 13 ans.

Dernières règles, le 26 février dernier. Grossesse normale jusqu'au commencement de décembre. Le 2, œdème de la paroi abdominale et des organes génitaux externes. Cet œdème augmente tous les jours et gêne la parturiente. Le 12 décembre, l'œdème est considérable. A 8 heures, elle est prise d'un violent mal de tête et fait demander une sage-femme qui la soumet au régime lacté et lui conseille de rentrer à la Maternité.

Le 13 décembre, vers 7 heures du matin, crise nerveuse avec grands mouvements convulsifs et perte de connaissance. Elle est amenée dans cet état à la Maternité à 9 h. 15 du matin.

L'œdème est généralisé. Il est plus marqué aux membres inférieurs et organes génitaux externes. Les grandes lèvres sont très infiltrées.

La face est bouffie, la langue présente quelques érosions et est légèrement œdématisée.

A la palpation : sommet au détroit supérieur en position gauche.

Les bruits du cœur du fœtus sont bons.

Le col est court, dilatable de 1 centimètre. On arrive directement sur la partie fœtale. Les membranes sont rompues. Bassin normal.

Les urines analysées contiennent une notable quantité d'albumine.

On porte le diagnostic d'éclampsie ; et M. le professeur Porak prescrit un lavement avec deux verres d'eau de Sedlitz.

Le soir, à 1 heure, agitation ; à 1 heure 55, accès d'éclampsie qui dure 3 minutes. 10 minutes de coma. La température est 36°6. Le pouls bat à 76.

M. Porak trouve un orifice utérin petit, lui permettant l'introduction d'un seul doigt. Il fait la dilatation manuelle.

A 2 h. 40, la dilatation est grande comme la paume de main. Il semble alors à M. Porak qu'il se produit de petites éraillures sur le pourtour de l'orifice utérin.

Craignant qu'une application de forceps ne produise des déchirures ; il se décide à laisser les choses dans le même état et fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

M. Audion, interne du service, fait une saignée au bras droit et retire 300 grammes de sang, puis une injection intra-veineuse d'un litre de sérum artificiel.

Les contractions utérines sont très énergiques. La tête s'engage, les bruits du cœur sont bons.

A 3 h. 55. — La dilatation est complète, la tête appuie sur le plancher périnéal.

4 h. 40. — Troisième accès éclamptique, de quatre minutes de durée. Température, 38°4. Pouls, 160.

5 h. 15. — Accouchement spontané, enfant vivant, 3.200 grammes.

5 h. 35. — Délivrance naturelle et complète. Injection intra-utérine. Tamponnement intra-utérin.

La malade est calme. Température, 38°4. Pouls, 160.

6 h. 55. — Accès éclamptique qui dure peu de temps. 10 minutes de coma. La malade reste agitée et vomit presque tout le lait qu'elle prend.

14 décembre. — 1 h. 40 matin : nouvel accès après l'absorption d'une petite quantité de lait. L'accès dure 5 minutes. Une heure de coma. Température, 36°6. Pouls, 124.

On cesse de faire prendre du lait.

L'agitation continue.

5 h. 40. — Un peu de lait. Nouvel accès de 3 minutes et demie. Coma de peu de durée.

Les urines analysées au réactif d'Esbach contiennent 6 gr. d'albumine.

La malade reste calme et n'a plus d'accès.

Les suites de couches furent pathologiques. Le deuxième jour la température était de 38°6.

La femme Berti quittait le service le 23 décembre emmenant un enfant vivant du poids de 3 k. 500 grammes.

OBSERVATION III

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Porak

Eclampsie. 1 accès en ville, 26 à la Maternité. Dilatation manuelle. Application de forceps. Extraction d'un enfant mort avant le travail. Déchirure du périnée. Guérison maternelle.

La nommée Maylaender, primipare, 22 ans, confectionneuse.

Antécédents héréditaires : père mort d'un accident, mère très anémiée.

Antécédents personnels : a été élevée au sein, a marché à neuf mois, premières règles à 13 ans, depuis régulières, de 3 à quatre jours de durée.

La grossesse a commencé en janvier (dernières règles, 14 janvier 1898), normale jusqu'en octobre. Le 19, à 9 heures du matin, cette femme est amenée à la Maternité par une

sage-femme de la ville qui nous donne les renseignements suivants :

La malade n'a jamais eu d'albumine dans ses urines : depuis trois jours seulement, une petite quantité.

Dans la nuit du 18 au 19, premier accès d'éclampsie. La sage-femme, appelée, la décide à se laisser conduire à la Maternité où les urines sont examinées. Elles contiennent une notable quantité d'albumine.

L'aspect de la malade n'est pas mauvais ; cependant elle se plaint d'un violent mal de tête et présente un œdème généralisé. A midi, elle a un premier accès dans le service : la température est de 36°6. Pouls 128.

L'enfant se présente par le sommet ; on ausculte, en vain, le cœur du fœtus : les bruits ne s'entendent nulle part. L'enfant est mort.

Le col est long, fermé ; il n'y a pas le moindre travail. Saignée de 700 grammes au bras gauche.

Midi 45. — Deuxième accès. T., 37°7. Pouls, 128.

1 heure 45 soir. — Troisième accès. Injection de sérum de 800 grammes à la cuisse droite.

2 heures. — M. le professeur Bonnaire essaie, mais en vain, de faire la dilatation manuelle. Le col toujours long et fermé, ne permet que l'introduction d'un doigt après de longues tentatives.

3 heures. — Injections de sérum : 800 grammes à la cuisse droite, 150 à la paroi thoracique.

3 heures 30. — Quatrième accès, T., 37°6. Pouls, 120.

4 — 15. — Cinquième accès : même température.

5 — 15. — Sixième accès, T., 38°3. Pouls, 128.

5 — 40. — Septième accès : même température.

A 6 heures 15, M. Audion examine la malade. Le col est toujours long, complètement fermé. Toilette et tamponnement.

La malade urine involontairement.

A 6 heures 30, elle absorbe 80 grammes de lait stérilisé ; à 6 heures 45 il lui en est redonné 60 grammes.

De 7 heures 25 du soir au lendemain matin à 5 heures 25. 18 accès.

La température augmente graduellement à chaque accès et atteint 39°8 à 4 heures 23. Pouls, 140. Respiration, 68.

A 9 heures 40 soir, on donne un lavement d'eau de sedlitz.

A 11 heures 20 soir, injection d'un litre de sérum artificiel.

A 11 heures 55 soir, cathétérisme de l'urèthre : quelques gouttes d'urine seulement.

20 octobre, 2 heures 10. — Le col s'efface : on peut faire pénétrer un doigt sur les membranes. On recueille quelques gouttes d'urine. La malade va involontairement à la garde-robe.

5 heures 35. — Dernier accès. T., 39°6. Pouls, 140. Respiration, 60. Une cuillerée de sirop de chloral est donnée.

7 heures. — Examen : col effacé dilatable de 1 centimètre,

La malade va abondamment à la garde-robe et a en même temps des vomissements.

10 heures. — Col dilatable de 1 franc.

A midi moins un quart, M. le Dr Schwaab commence la dilatation manuelle.

A midi moins 12, dilatation de 5 francs.

A midi moins 10, dilatation de 8 centimètres.

A midi moins 7, application de forceps.

Extraction d'un enfant mort, du sexe masculin et pesant 3 kilog. 310. Il est midi moins 3 minutes.

A midi 10, délivrance naturelle. Le placenta pèse 650 grammes. Les membranes sont déchirées.

Au moment de l'extraction, il s'est produit une déchirure du périnée : quatre points de suture sont faits.

A 2 heures, injection d'un litre de sérum. L'accouchée est calme.

21 octobre. — La nuit a été bonne. La malade n'est plus agitée.

Suites de couches normales.

Partie le 6 novembre.

OBSERVATION IV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Porak

Eclampsie. Dilatation manuelle. Application de forceps. Enfant vivant. Guérison maternelle.

La nommée Duchemin, 20 ans, primipare, entre à la Maternité en état d'éclampsie, le 15 mars 1899. C'est une primipare.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : élevée au sein, ne sait exactement à quel âge elle a marché, n'a jamais été malade. Réglée à 15 ans, et depuis toujours régulièrement, pendant trois à quatre jours.

Grossesse normale dont il est impossible par l'interrogation de fixer le début.

Le 15 mars, brusquement, 5 accès d'éclampsie. On l'amène à l'Hôpital, à 11 heures 30 du matin.

La malade est montée en brancard à la salle d'accouchement ; elle est très agitée. Température, 37°8. Pouls, 100. Un lavement de trois verres d'eau de sedlitz reste infructueux.

Nouvel accès d'éclampsie, le coma dure peu de temps.

Cathétérisme de l'urèthre ; urine peu abondante, fortement colorée, se coagule en masse par la chaleur.

Nouveau lavement à l'eau de sedlitz ; garde-robe assez abondante.

1 h. 25 du soir : 7^e accès convulsif. M. Porak ordonne de pratiquer une saignée. L'examen obstétrical est ensuite pratiqué. L'utérus est développé comme pour une grossesse de 7 mois et demi. L'enfant se présente par le sommet en droite postérieur.

Les bruits du cœur sont bons ; le col est entr'ouvert.

De temps en temps, apparaissent quelques contractions utérines. Elles ne déterminent ni agitation, ni douleur du côté de la malade. La parturiente est mise sous le chloroforme pour pratiquer la saignée. M. Lamouroux, interne, la

fait de 500 grammes. Injection de bleu de méthylène à la fesse droite. Injection de sérum artificiel. Période d'agitation. L'aiguille de l'appareil se casse. Il est impossible de la retirer ; deux cents grammes de sérum environ ont été injectés.

Lavement de sérum de 400 grammes, en partie rejeté.

La malade devient plus calme.

2 h. 55 du soir : 8^e accès ; température 39° ; pouls, 112.

3 h. 40 : 9^e accès ; coma de 30 minutes, puis agitation ; injection de sérum : 800 grammes.

5 h. 25 : le travail n'est pas plus avancé. M. Porak fait la dilatation manuelle.

6 h. 25 : application de forceps. Extraction d'une fille vivante, du poids de 1.900 grammes.

6 h. 45 : délivrance naturelle et complète.

M^{lle} Henault, maîtresse sage-femme, constate une déchirure du col remontant au-delà de l'insertion vaginale. Elle siège à droite et en arrière.

Lavage intra-utérin ; tamponnement utérin à la gaze iodoformée ; température, 39° ; pouls, 120.

8 h. soir : hémorragie ; extraction de caillots ; lavage intra-utérin ; tamponnement intra-utérin et vaginal très serré.

Injection d'un litre de sérum ; injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'ergotine.

La malade boit 100 grammes de lait toutes les deux heures.

11 h. 28 : 10^e accès ; température, 37°6 ; pouls, 160.

16 mars. — 3 h. 30 matin : 11^e accès.

8 h. matin : 12^e accès ; température, 37°5 ; pouls, 120.

L'accouchée est calme toute la journée. Elle est transportée salle Baudelocque.

L'enfant est mise en couveuse.

Après l'injection de bleu de méthylène, la parturiente est sondée tous les trois quarts d'heure. A 4 h. 45, l'urine est colorée par le bleu ; le lendemain, les urines de l'enfant le sont également.

Suites de couches. — Le 1^{er} et le 2^e jour, le pouls et la température sont normaux. Au troisième, le matin, température 40° ; pouls, 152.

18 mars. — La malade est transportée à Levret. Vers 3 heures, on lui donne 50 centigrammes de sulfate de quinine. Pansement utérin, expulsion de quelques débris. Le soir, température, 39°6 ; pouls, 140.

Un gramme de chloral ; purgation qui amène évacuation abondante.

19 mars. — Température : matin, 37°6 ; soir, 39°4.

Pouls : — 104 ; — 132.

Pansement utérin ; sulfate de quinine, 0 gr. 50 centigr.

20 mars. — Température : matin, 36°5 ; soir, 37°.

Pouls : — 88 ; — 11°6.

21 mars. — Le soir, la température est de 38° ; le pouls, de 120. Pansement utérin.

A partir de ce jour, la température reste normale ; le pouls est toujours un peu accéléré. La malade part bien portante le 2 avril.

L'enfant est mis en nourrice. Il est bien.

OBSERVATION V

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Malherbe

La nommée C..., tertigeste, enceinte d'environ six mois, fait appeler M. le professeur Malherbe pour douleurs gastralgiques. Les deux premières grossesses ont été normales, et celle-ci n'avait présenté jusqu'alors aucun symptôme particulier. Des calmants sont prescrits.

Le lendemain, vers six heures du matin, brusquement, cette dame est prise d'accès éclamptiques très nombreux. Entre chacun, coma absolu. MM. les docteurs Malherbe et Bertin prescrivirent le traitement habituel.

Les accès ne cessant pas, et le fœtus étant mort, ils se mirent vers dix heures du matin en devoir de dilater le col, qui avait encore toute sa longueur. Après trois quarts d'heure

de dilatation digitale puis manuelle, ils rompent la poche des eaux et parviennent à extraire un enfant mort, non macéré.

La délivrance fut normale.

La malade resta dans le coma. Elle succombait dans la soirée.

OBSERVATION VI

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Malherbe

Femme O..., primipare, originaire de Vierzon, enceinte d'environ six mois, est prise subitement d'accès éclamptiques. Elle était de bonne constitution : et, avant sa grossesse n'avait eu aucune maladie.

Depuis quelques semaines, œdème des jambes : aucun traitement ne fut suivi par la malade.

Les docteurs Malherbe et Mahot, appelés, la trouvent sans connaissance, dans le coma le plus absolu. Les crises éclamptiques se succèdent rapidement ; elles deviennent subintrantes. Le col utérin est mou ; il y a un commencement de travail, mais la période d'effacement du col n'est pas achevée. L'enfant se présente par le sommet. L'auscultation est négative.

Séance tenante, M. le professeur Malherbe introduit un doigt dans le canal cervical, puis deux. Après une demi-heure environ de travail, il obtient dilatation complète. Il rompt la poche des eaux et fait la version par manœuvres internes.

L'enfant est extrait assez laborieusement. Il est mort.

La délivrance se fait sans incident. Des soins antiseptiques rigoureux sont donnés à la parturiente, qui n'a plus après son accouchement d'accès éclamptiques et sort du coma le lendemain.

Les suites de couches furent normales. Les urines examinées avec soin contenaient une grande quantité d'albumine. Le régime lacté fut institué pendant six semaines. La malade guérit complètement.

Depuis, cette dame a eu une autre grossesse normale et sans accidents albuminuriques.

OBSERVATION VII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Haie (1)

Je fus appelé le 7 avril 1898 auprès d'une primipare, âgée de 27 ans, au terme de sa grossesse. Elle avait été prise, vers huit heures du matin, d'un accès d'éclampsie. Les premières douleurs s'étaient manifestées environ deux heures auparavant.

Antécédents héréditaires, nuls.

Antécédents personnels, bons : jamais de maladie.

La grossesse s'est bien passée. Depuis quinze jours seulement, œdème des membres inférieurs et des paupières ; ni maux de tête, ni douleur épigastrique.

Dès les premiers signes du travail, la parturiente fit appeler la sage-femme. D'abord tout semblait normal. Subitement se manifesta la première crise convulsive.

J'arrivais vers onze heures et demie : Un second accès se manifeste en ma présence, il dure quelques minutes et est suivi du coma le plus absolu. L'utérus remonte au creux épigastrique. L'enfant se présente en OIGA. Les bruits du cœur sont sourds et rapides. Le col utérin est dilaté comme une pièce de cinq francs.

La température est normale ; les urines fortement albumineuses.

La parturiente est toujours sans connaissance.

Je me décide à intervenir. En quelques minutes, avec la main, je rends le col dilatable. Application du forceps et extraction vers midi, d'un enfant du sexe féminin, en état de mort apparente. Il est ranimé au bout de quelques instants.

(1) Nous sommes heureux d'adresser nos meilleurs remerciements à notre ami, M. le docteur Haie, qui a bien voulu nous communiquer cette observation.

Ces manœuvres n'occasionnent aucune convulsion : la malade reste dans le coma.

Peu après, délivrance normale.

12 sangsues sont appliquées sur la cuisse : on donne un lavement purgatif, et, après évacuation, un lavement avec 4 gr. de chloral.

A 3 heures, nouvel accès. A 7 heures, 4^e accès, et dans la nuit, un dernier. La perte de connaissance est toujours absolue. Par instants, périodes d'agitation.

Le 8 avril, à 7 heures du matin, la malade sort du coma et est étonnée d'avoir une petite fille. Urines toujours albumineuses.

Température et pouls normaux.

Suites de couches absolument normales.

Le régime lacté absolu fut suivi pendant un mois : l'albumine disparut complètement. Quelques jours après, la parturiente était rétablie et son enfant bien portant.

Actuellement, mère et enfant sont en parfait état de santé.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

Dr Fleux (*In Archives d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1899)

Le 17 janvier 1899, je suis appelé chez M^{me} L..., âgée de 34 ans. Bonne santé habituelle. Première grossesse à terme, il y a 14 ans. L'accouchement se passa sans incidents ainsi que les suites de couches.

Pour sa seconde grossesse (l'actuelle), les dernières règles apparurent du 8 au 10 avril 1898. Vers le cinquième mois se montrèrent des picotements, des fourmillements et même à certains moments de l'anesthésie du côté des doigts, la malade ne sentait plus son aiguille. Depuis la fin de décembre, époque correspondant au début du neuvième mois, bouffissure de la face et œdème des membres inférieurs. Pas d'autres troubles appréciables ; rien à signaler du côté de l'émission ou de l'aspect des urines.

Le 17 janvier, à 10 heures du matin, c'est-à-dire vers la fin du neuvième mois, sans troubles prémonitoires et avant qu'elle ait ressenti des contractions douloureuses, M^{me} L... est prise brusquement d'un accès convulsif. J'arrive auprès d'elle à 11 heures, juste pour assister à un deuxième accès. Je fais immédiatement donner du chloroforme, puis, je constate que l'utérus remonte à 28 centimètres au-dessus du pubis. Le fœtus est placé la tête en bas, le dos à gauche. Les bruits du cœur sont difficilement perçus en raison de la respiration bruyante de la malade.

Le col, perméable dans toute sa longueur, n'est pas effacé. Je confie le chloroforme à la sage-femme, et je me mets en demeure d'attaquer le col. En 30 minutes, j'obtiens une dilatation complète. Il n'y a pas une contraction; aussi, pour ouvrir l'œuf, ne pouvant ponctionner les membranes flasques, je suis obligé de les ouvrir d'un coup de ciseaux. Aussitôt la tête descend et s'offre en orientant son occiput à gauche et en avant.

Application de forceps qui demande cinq minutes et amène une fille vivante qui crie immédiatement. Elle pèse 2,370 grammes. Délivrance artificielle et injection intra-utérine à l'eau boriquée.

Puis la malade est laissée au repos. Le cathétérisme vésical ne ramène pas d'urine. Je la quitte à midi 30 dans un état demi-comateux. Le thermomètre à 36°2, le pouls fort à 78.

A deux heures, troisième accès. A quatre heures, au moment où j'arrive, quatrième accès convulsif très violent. A la suite, le visage reste tellement congestionné, le pouls tellement tendu que je pratique une saignée de 400 grammes, la malade étant sous l'influence du chloroforme. A 5 heures, 3 grammes de chloral en lavement.

Le thermomètre est à 36°8, le pouls à 75. Le cathétérisme vésical donne 150 grammes d'urine de couleur rouge groseille. Ces urines sont très fortement albumineuses. Après centrifugation, je puis constater qu'il n'y a pas traces de globules rouges, mais seulement des cylindres granuleux en grande

quantité, criblés de pigment d'hématoïdine. La spectroscopie affirme la présence d'hémoglobine en quantité très notable.

Dans la nuit du 17 au 18, la malade sort de sa torpeur. Le matin, vue un peu troublée, purgatif : 10 grammes eau-de-vie allemande et autant sirop nerprun : 3 selles abondantes, 80 grammes d'urines au cathétérisme ; 8 grammes d'albumine par litre, plus d'hémoglobine mais cylindres et urobiline ; 3 litres de lait avec eau de Vichy.

L'amélioration continue, la mère allaite son enfant : hypothermie du troisième au onzième jour. Guérison complète au quinzième.

OBSERVATION IX

Dr Fieux (*In Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie*)

Marguerite B., 20 ans, primipare, à terme, est prise le 26 décembre 1898, à midi, d'un accès éclamptique ; les premières douleurs se sont manifestées quelques heures auparavant. Transportée à la clinique d'accouchements à 2 heures du soir, elle vient d'avoir un 2^e accès en voiture. On la trouve dans un profond état d'hébétude. Thermomètre à 37° ; pouls à 85. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Enfant vivant, dos à gauche, tête en bas, non engagée. Bruits du cœur normaux. Col juste effacé.

Chloroforme et lavement de chloral. Après avoir dilaté l'orifice avec deux doigts, introduction, à 4 h. 1/2, du ballon de Champetier, A 6 h. 45, la dilatation est tout juste comme une pièce de 5 francs. Les bruits du cœur sont très rapides et irréguliers. Le ballon est aussitôt enlevé. La main achève la dilatation en huit minutes. Une application de forceps sur la tête non engagée, amène un enfant vivant de 2.800 grammes. Dans la nuit du 26 au 27, six accès convulsifs se succèdent rapidement.

Le 12^e jour, la malade sort guérie avec son enfant en bonne santé.

OBSERVATION X

(Résumée)

(In Thèse Mortagne, Paris, 1897-1898)

Hydramnios. Bassin rétréci. Éclampsie. Dilatation manuelle. Forceps. Enfant vivant. Guérison.

La nommée C..., 22 ans, primipare, enceinte de huit mois à huit mois et demi, vient à la consultation du service le 6 février 1898.

Utérus piriforme, étroit transversalement ; tête non engagée, débordant la symphyse pubienne ; hydramnios.

Les bruits du cœur, très faibles, ont leur maximum à gauche.

Par le toucher, on arrive sur le col effacé et dilaté comme cinq francs.

Promontoire accessible ; pas d'albumine dans les urines.

15 février. — Œdème des membres inférieurs, légère céphalée ; pas de troubles de la vision. Urines claires et abondantes ; pas d'albumine. Utérus très dur, très tendu, comme descendu dans l'excavation.

16 février. — Pas de céphalée.

18 février. — Pas de céphalée, pas d'albumine.

Œdème très marqué des membres inférieurs.

20 février. — 9 h. 45 : attaque d'éclampsie.

Léger nuage d'albumine.

L'accès passé, la malade reprend connaissance, mais demeure comme hébétée.

10 h. 30 : nouvel accès plus violent. La malade tombe ensuite dans un coma absolu. En présence de la gravité de la situation, la dilatation du col paraissant suffisante, M. Ribemont-Dessaigne pratique immédiatement l'accouchement. Il rompt les membranes. Écoulement d'une grande quantité de liquide. Dilatation lente et progressive du col à l'aide des doigts. Forceps en O I G T. Enfant vivant pesant 2.650 grammes.

Délivrance naturelle et complète quelques minutes après.
Déchirure incomplète du périnée. Col intact.

La malade sort du coma une demi-heure après.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XI

In Thèses Bouffe de Saint-Blaise et Mortagne

*Primipare éclamptique. Dilatation manuelle suivie de forceps.
Mort de la mère. Enfant vivant.*

La nommée P..., femme P..., 19 ans, primipare, entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Ribemont, le 22 mars, à 9 heures du matin. L'éclampsie s'est manifestée pour la première fois le matin même. La malade a eu six accès avant son arrivée.

Pas de renseignements sur la date et la marche de la grossesse. Enfant vivant, présentation du sommet en O I D P.

Dilatation : diamètre de deux francs ; col mou et dilatable.

Urines très albumineuses, se coagulant en masse par la chaleur.

A 9 h. 15 et à 9 h. 45, nouveaux accès très violents.

Temp., 36°2. P., 146. R., 28.

Rien au cœur, rien aux poumons. Inspiration longue et pénible. Expiration brusque et rapide.

A 10 h. 20, la dilatation n'a pas avancé.

M. Ribemont décide d'accélérer l'accouchement.

Il pratique la dilatation manuelle sous chloroforme et fait une application de forceps.

L'enfant naît étonné mais se ranime après quelques frictions. C'est une fille pesant 2 k. 620.

Délivrance naturelle et complète, 15 minutes après.

Nouvel accès à 11 h. 25. Les accès se succèdent à des intervalles plus ou moins rapprochés jusqu'à 9 heures du soir au nombre de 19.

Elle a donc eu en tout, en y comprenant les 2 accès qu'elle a eus dans le service, avant son accouchement, et les 6 qu'elle

avait eus chez elle, 28 accès dans la journée, et cela en dépit du traitement (inhalations de chloroforme au sommet des accès, 10 grammes de chloral soit en lavement soit en potion).

A partir de 9 heures du soir, 22 mars, la malade n'a plus d'accès ; mais elle tombe dans un coma absolu dont elle ne sort pas jusqu'à la mort, survenue le 24 mars à 4 heures du matin, c'est-à-dire 30 heures après.

OBSERVATION XII

(Résumée)

Dr Schwaab (In Thèse Mortagne)

Eclampsie. Accouchement méthodiquement rapide par dilatation manuelle. Mort de la mère et du fœtus

M^{me} X..., 39 ans, sans profession, 1 pare, a eu ses dernières règles au commencement de novembre 1896. En mai et juin, quelques malaises, maux de tête, œdème des membres inférieurs.

5 juin 1897. Le diagnostic d'albuminurie avec prodromes d'éclampsie est porté.

Le régime lacté institué, mais non suivi, et le lendemain, éclampsie : deux attaques, coma.

Chloral en lavement et en potion, saignée, lavement purgatif.

Le docteur Schwaab voit la malade le 7 juin à 9 heures : coma profond, face rouge, vultueuse, respiration stertoreuse, pouls à 140. Temp. 36°. Femme forte, puissante ; œdème des membres inférieurs : peu d'urine. Plus d'attaque.

Grossesse de 7 mois. Présentation du sommet avec petite tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher, col long, conique ; pas trace de travail.

Immédiatement gavage avec 300 grammes de lait, qui doit être répété toutes les heures.

Nouvelle visite à 2 heures du soir : état comateux. T. 39°. Pouls rapide. Auscultation fœtale négative. Au toucher, col

non modifié, long, conique, fermé. Il permet l'introduction de l'index par l'orifice externe.

A trois heures, l'accouchement systématiquement rapide est décidé ; l'état de la femme semble désespéré.

Chloroforme, antisepsie. Introduction, dans la position obstétricale, de l'index droit, puis mouvements de circumduction. Deux doigts sont introduits, puis trois et quatre : on obtient ainsi une dilatation de 5 francs.

Par la manœuvre de M. le professeur Bonnaire, qui avait échoué au début, on augmente la dilatation. Rupture de la poche des eaux. Forceps en O I D T.

Tractions lentes et soutenues pour augmenter la dilatation. Le col résiste en formant une ellipse transversale. La tête franchit le col sans déchirure.

Enfant mort, délivrance artificielle. L'utérus se rétracte bien.

La femme est toujours dans le coma. Aucune crise pendant et après l'accouchement. Le travail a duré trois quarts d'heure.

On continue le gavage. La malade meurt le 8 juin, le lendemain à 6 heures matin.

OBSERVATION XIII

(Résumée)

Dr Quantin (*In Archives Tocologie*, 1878)

Primipare, 20 ans, au terme de la grossesse, prise d'accès éclamptiques.

Enfant vivant. Présentation du sommet, pas d'engagement. Col effacé, difficile à distendre : plusieurs accès, trois saignées.

Rupture des membranes. Dilatation manuelle du col.

Les convulsions ne cessent plus : tentative de version, échec.

Application de forceps : enfant vivant.

Les convulsions cessent. La respiration reste stertoreuse.

Insensibilité presque complète. Il est 5 heures du matin. Application sur les cuisses de linges trempés dans de l'eau très chaude. Pendant deux jours, perte de connaissance. Guérison de la mère. Enfant vivant.

OBSERVATION XIV

D^r Dubrisay (*In Bulletin Société Obstétrique*, Paris, 1900)

M^{me} V..., II pare, âgée de 25 ans.

Antécédents héréditaires : Père mort apoplectique, mère morte phthisique.

Antécédents personnels : Bons, aucune maladie sauf une scarlatine grave à l'âge de 9 ans.

Réglée à 11 ans et demi, régulièrement. Premier accouchement le 20 janvier 1897. Grossesse et accouchement normaux ; l'enfant se présentait par le sommet en O I G A ; il est actuellement vivant et bien portant.

Grossesse actuelle. — D. R. fin février 1899. Au début, troubles dyspeptiques assez intenses qui durent jusqu'au troisième mois.

En septembre 1899 (enceinte alors de 5 mois et demi à 6 mois), la malade, à la suite d'assez grandes fatigues occasionnées par son commerce, qui l'oblige à rester souvent debout, s'aperçoit que ses jambes sont enflées ; de plus, elle éprouve des douleurs épigastriques violentes, et de fréquentes insomnies. La sage-femme, qui assiste la parturiente, dit avoir examiné les urines et ne pas y avoir trouvé d'albumine. La malade ne fut pas mise au lait.

Le 18 octobre 1899, au moment de se lever, vers 7 heures, sans raisons apparentes, la malade perd connaissance et a une crise pendant laquelle elle se mord la langue ; son mari, très effrayé, envoie chercher la sage-femme et le D^r Noir qui trouve la malade dans le coma et assiste, au moment de son arrivée, à une crise caractéristique d'éclampsie. Il sonde la malade, retire à peine 150 grammes d'urine dans laquelle il trouve de l'albumine à flots.

Il fait immédiatement donner à la femme un lavement évacuant et un lavement avec 4 grammes de chloral. Pendant ce temps, la malade à quatre nouvelles crises.

Je vois la malade à 10 heures 1/2. Elle est dans le coma et présente l'aspect caractéristique de l'éclamptique. Au moment où je m'approche de son lit pour l'examiner, elle a une nouvelle crise qui dure environ trois minutes. C'est la septième.

On lui donne du chloroforme et je mets en demeure de l'examiner. Par le palper, je constate un utérus développé comme un utérus de 7 mois 1/4 environ.

L'enfant se présente par le sommet en O I G T. La tête s'amorce au niveau du détroit supérieur pendant les contractions qui sont peu fréquentes et peu énergiques. Les bruits du cœur sont irréguliers et soufflants.

Au toucher, je trouve un col diminué de longueur et dilatable de 1 centimètre environ : la poche des eaux est rompue, il s'écoule du liquide teinté de méconium.

Je me décide à hâter l'accouchement. A 11 heures, la malade étant toujours endormie, je fais la dilatation manuelle par le procédé de M. Bonnaire ; et à 11 heures 20, le col est complètement dilaté. Je fais une application oblique de forceps en G T, au niveau du détroit supérieur et à 11 heures 1/2 j'extrais un enfant du poids de 1,885 grammes, né en état de mort apparente, que je pus ranimer, mais qui succombait dans le courant de la journée.

Quelques instants après l'accouchement, la délivrance se fait spontanément et est suivie d'une injection intra-utérine.

J'examine le col, Il ne présente pas trace de déchirure, sauf une cicatrice ancienne existant du côté gauche, vestige de l'accouchement antérieur. On cesse le chloroforme à 11 heures 40 ; et au bout de quelque temps, on fait prendre à la femme du lait qu'elle boit assez facilement. Elle ne reprend connaissance que dans la soirée, mais depuis son accouchement, elle n'a pas eu de nouvelle crise.

Le lendemain matin, on lui donne un purgatif et on continue à lui faire boire du lait (2 litres 1/2 environ par 24 heures).

Au bout de 48 heures, l'albumine a totalement disparu ; néanmoins, on maintient la malade au régime lacté intégral pendant huit jours.

Les suites de couches ont été parfaites : la malade s'est relevée au bout de 20 jours, et je l'ai revue au mois de janvier en excellent état.

OBSERVATION XV

Dr Dubrisay (*Loco citato*)

M^{me} T..., 23 ans. Primipare.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ni personnels, sauf une scarlatine à l'âge de 3 ans 1/2. Réglée à 11 ans, régulièrement. La parturiente a eu ses dernières règles du 18 au 22 avril 1899. Bonne grossesse.

Le 10 janvier 1900, la malade se plaignant de céphalée intense, d'éblouissements, le Dr Vallet, de Joinville-le-Pont, examine les urines et y constate la présence d'albumine. Il prescrit le régime lacté qui n'est pas suivi.

Dans la nuit du 29 au 30 janvier, la malade est prise de crises que le médecin reconnaît être des crises d'éclampsie. Il prescrit le régime lacté, lavement évacuant suivi d'un lavement de 4 grammes de chloral qui est gardé.

On ne peut arriver à faire garder du lait à la malade. Il nous est impossible de savoir combien la malade a eu de crises, mais au dire des parents, elles auraient été très fréquentes.

Lorsque je vois la malade à 2 heures 1/2 de l'après-midi, elle est dans le coma. J'assiste à deux crises d'éclampsie dans l'espace de 10 minutes ; on peut faire avorter la deuxième en faisant respirer quelques bouffées de chloroforme. Je profite de l'anesthésie pour examiner la malade : grossesse à terme, fœtus vivant se présentant par le sommet en O I G T, tête amorcée au niveau du détroit supérieur.

Par le toucher : col encore long, facilement perméable dans toute son étendue, bassin légèrement rétréci en forme de

cœur de carte à jouer ; tête fixée au niveau du détroit supérieur. Poche des eaux intacte, commençant à bomber au moment des contractions.

Cette malade étant à terme, en imminence de travail, l'enfant étant vivant et bien portant, je pense qu'il y a intérêt pour la mère et pour l'enfant à hâter la terminaison de l'accouchement.

La malade étant soumise à l'anesthésie, je pratique la dilatation du col par le procédé de Bonnaire ; en 50 minutes, j'obtiens une dilatation presque complète. Je tente une application oblique de forceps au détroit supérieur, la tête étant amorcée, mais, pendant l'opération, on m'avertit que les bruits du cœur deviennent sourds, irréguliers et soufflants. Je touche et je m'aperçois qu'une anse du cordon fait procidence en arrière et à droite : anse animée de quelques faibles battements. Je retire rapidement le forceps, et fais la version qui me permet d'extraire un enfant du sexe masculin en état de mort apparente. Au bout de trois quarts d'heure, après avoir pratiqué l'aspiration et l'insufflation, l'enfant était ranimé et criait bien. Il a continué à très bien aller.

L'opération, depuis le moment où j'ai commencé la dilatation du col jusqu'à la sortie de l'enfant, a duré 1 h. 10.

Quant à la mère, les suites de couches ont été parfaites. Elle n'a repris connaissance que le lendemain matin ; mais elle n'a plus eu de crise.

On l'a soumise à un régime lacté sévère, tout en surveillant les fonctions digestives. A part un peu de grippe, qu'elle a eu du 5^e au 8^e jour, elle a été très bien.

A aucun moment, il n'y a eu d'accidents du côté des organes génitaux, ni douleur abdominale, ni fétidité des lochies.

J'ai eu de ses nouvelles il y a deux jours (15^e jour) ; elle est tout à fait bien et a du lait en quantité suffisante pour nourrir son enfant qui continue à se bien développer.

OBSERVATION XVI

Professeur Maygrier (in thèse Dr Michel)

Boud..., 21 ans, 1^{er} pare, 8 mois environ.

Après 7 attaques en ville, entre le 9 mai 1896, à 10 h. 1/2 du matin.

Depuis son entrée jusqu'à 7 h. 1/4 du soir : 13 attaques.

Dilatation de 2 francs. Accouchement accéléré par dilatation manuelle. Forceps. Enfant vivant.

21^e attaque pendant la délivrance.

Urines sanguinolentes ; température, 40°5.

16 attaques après l'accouchement. Mort le 11 mai.

OBSERVATION XVII

Dr Démelin (in Obstétrique, 15 juillet 1898)

Saint-Louis, mai 1898, 1^{er} pare, éclamptique, coma profond, enfant vivant, membranes intactes, présentation du sommet. Dilatation large comme une pièce de 5 francs.

Je fais la dilatation manuelle à la Bonnaire, en quelques minutes, puis forceps, extraction rapide. Enfant vivant et survivant. Délivrance naturelle, sans hémorragie.

Mort de la femme après 18 accès. A l'autopsie, foie et reins altérés. L'utérus est normal ; le col ne présente pour toute lésion qu'une encoche latérale à droite, qui n'intéresse que le museau de tanche et s'arrête à 4 millimètres au-dessous de l'insertion vaginale.

L'auteur accompagne cette observation des réflexions suivantes : « L'enfant fut sauvé malgré une intensité telle des accidents éclamptiques que la femme mourut le lendemain. Cette mort n'a rien à voir avec l'agrandissement bimanuel de l'orifice. Elle a été sans conteste amenée par l'auto-intoxication gravidique. »

OBSERVATION XVIII

Dr Démelin (In Obstétrique 1898)

Nogent-sur-Marne. 21 septembre 1895. Tertipare enceinte de 6 mois et demi. Col long, fermé. Eclampsie. 13 grammes d'albumine.

Amélioration sous l'influence du traitement médical, récédive des accès le 21. Pas de travail. Les médecins réunis près de la malade et la famille insistent pour que je délivre la femme. Il n'y a pas de travail.

Sous le chloroforme, j'introduis dans le col fermé un, puis deux, trois et quatre doigts dans l'orifice interne. J'obtiens vite une dilation de 5 francs. Mais, à ce moment, la résistance devient extrême à l'action de la main en cône.

Je fais évoluer le fœtus par la manœuvre de B. Hicks. J'ouvre les membranes ; j'abaisse un pied et j'extrais lentement, faisant de la dilatation avec le fœtus lui-même.

Il y a un temps d'arrêt pour le siège, puis le tronc descend. Le cordon ne bat plus. Nouveaux arrêts pour les épaules et la tête. Le menton descend. Un seul doigt peut être introduit dans cette petite bouche. Nettement, le front est resté au-dessus de l'anneau de Bandl, que je sens, par le toucher intracervical, à 2 centimètres au-dessus de l'orifice interne résistant lui aussi et à 6 centimètres au-dessus de l'orifice externe, plus souple que les deux autres. J'engage la tête à travers l'anneau de Bandl, en faisant tourner le front d'arrière en avant, en même temps que j'exerçais des tractions sur les épaules et sur le maxillaire. Je modère mes tractions pour ne pas rompre le cou. Le front descend, mais se trouve bientôt arrêté par l'orifice interne. Un second mouvement de pas de vis ou de rotation amène le front en arrière et fait passer la tête à travers l'orifice interne. L'orifice externe ne résiste pas. Enfant de 6 mois et demi, mort depuis peu ; col intact. Pas d'hémorragie ni de convulsions pendant toute l'opération qui dura une heure et demie.

OBSERVATION XIX

(Résumée)

Dr Lucas Championnière (In thèse Tucoulat, Paris, 1879)

Le 24 janvier 1878, M. le Dr Lucas Championnière est appelé auprès de M^{me} X..., atteinte d'éclampsie.

Femme âgée de 28 ans, ayant eu un accouchement prématuré à 6 ou 7 mois. Grossesse actuelle bonne au début, mauvaise ensuite ; vomissements, grande irritabilité.

Depuis quelques jours, œdème des jambes et des mains, urines rares. Le 24 janvier, au commencement du 8^e mois, accès éclamptiques ; 4 dans la matinée ; saignée de 600 gr. ; chloroforme, chloral.

Présentation en O I G A. Pas de travail. Dilatation digitale de l'orifice utérin par le procédé de Copeman. Agitation dans la soirée.

Le lendemain matin, à six heures, accouchement d'un enfant vivant, de petit volume, qui vécut dix mois et mourut du croup.

La mère fut somnolente pendant deux jours, puis guérit sous l'influence du régime lacté.

OBSERVATION XX

Le Dr Dauby, dans le journal d'accouchement de Liège du 30 avril 1884, rapporte un cas d'éclampsie survenue pendant le travail.

Il pratiqua la dilatation manuelle du col et fit une application de forceps sans que cette double intervention ne provoquât l'apparition d'un seul accès convulsif. Il eut un enfant vivant et la mère guérit.

OBSERVATION XXI

(Résumée)

Dr Delaunay (*In Annales de Gynécologie*)

*Eclampsie avant l'accouchement. Saignée, chloral, chloroforme.
Accouchement accéléré. Cessation des attaques*

La nommée A. . . , 18 ans, primipare, enceinte de 7 mois est amenée à l'hôpital Saint-Louis en pleine attaque éclamptique. Elle en a déjà eu plusieurs dans la matinée et dans l'après-midi.

Saignée de 300 grammes environ. Chloral. Les attaques continuent.

Le col n'est pas dilaté ; à six heures, potion calmante, un peu de repos, puis nouvelles attaques.

Tamponnement du vagin.

A 9 heures, les accès deviennent continuels.

A 10 heures, chloroforme. Le col permet l'introduction du doigt.

Par des mouvements de va-et-vient, il se laisse dilater et je parviens à y introduire deux, trois doigts, puis la main.

Version. Délivrance rapide.

A 11 heures, les attaques cessent. Chloral 4 grammes. La malade va de mieux en mieux. Le lendemain elle reprend connaissance.

Pneumonie pendant les suites de couches.

OBSERVATION XXII

(Résumée)

Dr Ollivier (*Archives de Tocologie*, 1883)

Eclampsie; emploi de l'appareil élytroptérigoïde du Dr Chas-sagny, puis dilatation manuelle. Succès pour la mère et l'enfant.

M^{me} C. . . , 24 ans, forte constitution, mariée depuis 3 ans, est à la fin du 8^e mois d'une grossesse dont les commencements

se sont bien passés. Depuis un mois : un œdème, affectant d'abord les extrémités des membres inférieurs, s'est développé dans des proportions effrayantes, envahissant successivement les cuisses, le tronc, les membres supérieurs et la face qui est énormément bouffie et tuméfiée.

Attaque d'éclampsie le 9 avril 1883, à cinq heures du soir.

Urines très albumineuses. Deuxième attaque à minuit beaucoup plus longue et plus violente que la première. Coma remplacé par agitation violente et inconsciente au moment de l'examen : début du travail : col légèrement entrouvert. Application de l'appareil de M. Chassagny.

Les douleurs deviennent intenses : travail régulier, trois quarts d'heure après, 3^e attaque plus intense faisant craindre dénouement fatal.

Le chloroforme est sans action sur les convulsions qui durent 7 à 8 minutes. Elles cessent, coma profond, réapplication de l'appareil.

Pas de crise. A deux heures, ablation de l'appareil, dilatation dépassant le diamètre d'une pièce de cinq francs.

Attente de 20 minutes, les douleurs diminuent, l'agitation recommence, quelques contractions musculaires. On décide de terminer l'accouchement par la version après dilatation manuelle pour vaincre la résistance du col. Enfant, sexe féminin, vivant et qui, actuellement, est en pleine possession de la vie.

Les crises ne se reproduisirent plus ensuite. Suites de couches normales. Le lendemain, la quantité d'albumine contenue dans les urines avait notablement diminué ; trois jours après, elle avait complètement disparu.

OBSERVATION XXIII

(Résumée)

Dr Robert, de Pau (*Bulletin Académie Médecine*, 2 juin 1896)

Eclampsie puerpérale. Accouchement forcé par la dilatation manuelle progressive, le col ayant toute sa longueur et n'étant nullement dilaté. Guérison.

Primipare de 36 ans, enceinte de sept mois environ, prise dès son arrivée à Pau, après une traversée de sept jours et

vingt heures de chemin de fer, d'une attaque d'éclampsie.

Depuis deux mois, cette malade présentait un œdème généralisé qui la rendait méconnaissable, et ses urines contenaient deux grammes d'albumine par litre. Elle ne suivit pas cependant le régime lacté.

Elle eut cinq attaques d'éclampsie. L'utérus était absolument inerte, le col long, l'orifice interne complètement fermé et s'opposant à la pénétration du doigt. L'enfant, mort, se présentait par le sommet.

Je pratiquais immédiatement avec le docteur Cuq l'accouchement forcé par la dilatation manuelle. Après avoir extrait une éponge préparée et désinfectée, de très petit diamètre, que j'avais pu introduire dans la cavité cervicale et qui y séjourna une demi-heure au plus, je pratiquai sur tout le pourtour de l'orifice externe des incisions multiples de 5 millimètres environ et parvins immédiatement alors à pénétrer lentement avec un doigt, puis avec deux, puis avec trois dans la cavité cervicale, à la masser pour la ramollir et la dilater et arriver ainsi au niveau de l'orifice interne.

Là, je renouvelai les mêmes tentatives et arrivai assez facilement à franchir cet isthme. La main pénétrait alors dans la cavité utérine. Mais la rétraction de l'anneau de Bandl empêcha la version.

Deux applications de forceps furent alors tentées, mais en vain ; l'extrême mobilité de la tête, sa situation très inclinée vers la fosse iliaque droite les firent échouer.

Après une lutte de deux heures et demie, la résistance de l'anneau de Bandl fut vaincue et la version effectuée.

Le reste de l'accouchement se fit sans accident.

Suites de couches normales : deux fois seulement, légère élévation de température.

OBSERVATION XXIV

(Résumée)

Dr Brailou (*Arch. Tocologie*, 1876)

*Eclampsie des plus graves chez une primipare de 8 mois à peine.
Accouchement prématuré artificiel. Enfant vivant. Guérison.*

La nommée P. G..., 20 ans, de Béthencourt (Somme), est arrivée à la fin du huitième mois d'une première grossesse sans aucun accident. Elle est de bonne constitution et sans tare nerveuse.

Le 15 novembre 1875, elle est brusquement prise, vers 8 heures du soir, de crises éclamptiques : de 8 heures à 10 heures, huit crises se succèdent avec perte de connaissance dès la première.

Urines albumineuses. Aucun signe d'accouchement, pas de contractions utérines, pas la moindre dilatation du col encore long et dont l'orifice interne est complètement obturé. Large saignée de 800 grammes.

Vers minuit, devant des accidents aussi graves, je me détermine à essayer l'accouchement prématuré artificiel. J'introduis forcément le doigt à travers l'orifice interne du col. Parvenu dans l'utérus, je décolle les membranes, reconnais une présentation céphalique. Je laisse le doigt dans l'utérus un bon moment, frictionnant le ventre de la main gauche. Je réintroduis le doigt dans l'utérus, parviens à rompre les membranes. Les contractions utérines apparaissent. Irrigation d'eau chaude sur le col pendant une heure. Commencement de dilatation. On peut alors avec peine introduire les extrémités des deux doigts, index et médius.

Manœuvres digitales toute la nuit. Chloroforme à haute dose. La malade est dans le coma.

Vers 7 heures du matin, étant parvenu à faire entrer dans l'utérus l'extrémité de mes trois doigts réunis en cône, je dilate l'orifice et tente une application de forceps qui réussit. Enfant vivant. Délivrance normale.

Nouvelle attaque d'éclampsie. Saignée de 300 grammes.

En résumé, avant l'accouchement, 28 à 30 attaques éclamptiques, toutes de longue durée ; après la délivrance, 5 attaques moins intenses. La dernière eut lieu à 7 heures du soir. La malade est toujours sans connaissance avec coma et insensibilité complète.

Jeudi 17. — Même état.

Vendredi 18. — La connaissance revient. Le mieux s'accroît.

Le lundi 21, tout danger est disparu.

5 jours après l'accouchement, urines sans albumine. La femme J... jouit actuellement (mai 1876) d'une brillante santé.

Enfant fort et bien portant.

OBSERVATION XXV

M^{lle} de Moerloose publie dans la *Revue Obstétricale Internationale* (10 octobre 1895) une observation d'éclampsie puerpérale. Elle pratiqua chez cette femme la dilatation artificielle du col avec la main et termine ensuite l'accouchement avec le forceps. Guérison.

OBSERVATION XXVI

(Personnelle)

Eclampsie. Accouchement provoqué. Mort.

La nommée D..., 39 ans, X V pare, entre à la Maternité hospitalière le 2 novembre 1899, à 2 heures du soir. Elle est dans le coma depuis la veille au soir, à 10 heures.

Enceinte d'environ 7 mois et demi. Grossesse normale. Œdème des membres inférieurs, des mains, de la face depuis quinze jours. Troubles oculaires.

La malade n'y attache aucune importance et ne suit aucun traitement.

Le 1^{er} novembre, à dix heures du matin, premier accès éclamptique. A six heures du soir, second accès en présence d'une sage-femme ; à 11 heures, troisième accès plus intense que les précédents.

M. le professeur Crimail appelé, prescrit : lavement avec hydrate de chloral, 2 gr., potion bromurée, sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le lendemain matin, cette femme est toujours dans le coma ; elle n'a plus eu de convulsions : quelques gouttes d'urine ont été émises involontairement.

La malade est transportée à l'Hôtel-Dieu.

Là, nouvel examen :

Trois symptômes dominent les autres : le coma, l'œdème, la dyspnée.

Le coma est absolu, l'œdème généralisé, la dyspnée intense : 54 mouvements respiratoires à la minute.

Le cœur bat rapidement : 100 pulsations, le pouls est petit, filiforme.

Dans les poumons, nombreux râles fins aux deux bases, surtout à gauche.

Foie volumineux débordant les fausses côtes : douloureux à la palpation.

Utérus remontant à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, mou, difficile à limiter. Auscultation fœtale négative. Diagnostic obstétrical : O I D T.

Au toucher, vagin granuleux, col incliné en arrière, orifice externe entrouvert, orifice interne perméable au doigt. Pas de travail : tête au détroit supérieur. T., 37°3.

Par cathétérisme, quelques gouttes d'urine foncée, se prenant en masse par l'addition d'acide nitrique.

Diagnostic : éclampsie avec œdème pulmonaire.

Traitement : 3 litres de lait à doses fractionnées : 12 ventouses scarifiées sur la paroi thoracique postérieure : 250 gr. de sang sont ainsi recueillis.

A 4 heures. — Le coma persiste. T., 38°. M. Crimail ordonne 0 gr. 25 de caféine en injection sous cutanée.

7 heures. — La malade a une vague conscience. T., 38°7.

11 heures. — T., 38°5. La dyspnée est plus vive.

Pendant la nuit, convulsions localisées aux membres gauches.

Le lendemain matin : oppression moins vive : 42 mouvements respiratoires à la minute. Température, 38°7 à 5 heures du matin, 39°1 à 8 heures.

La malade a repris complètement connaissance et répond aux questions posées.

Urines plus abondantes : la quantité est impossible à déterminer.

Le régime lacté est continué : un purgatif est ordonné.

La température est de 38°9 à 10 h. 30.

— 38°5 à 1 h. du soir.

— 38°8 à 5 h. 30 du soir.

A ce moment, vomissements, faiblesse du pouls et du cœur. peu d'urine. Dans la soirée, M. Crimail ordonne de pratiquer une saignée et de provoquer le travail.

La céphalique droite est petite, et c'est avec peine que j'extrais 150 grammes de sang.

A minuit, la malade est mise en position obstétricale ; et, après désinfection soigneuse des organes génitaux, je place le ballon de Champetier de Ribes (moyen modèle).

A cinq heures, quelques contractions : le col est dilaté comme deux francs. L'état général est le même. Je retire le ballon et termine l'accouchement par dilatation manuelle. En 10 minutes, la dilatation est complète. Rupture artificielle de la poche des eaux. Le ballon a changé la présentation : c'est l'épaule droite qui se présente dos en arrière. J'essaie de saisir un pied, l'anneau de Bandl retracté empêche le passage de la main ; enfin, il cède bientôt, et la version est terminée rapidement. Enfant mort, commençant à macérer, pesant 1,900 gr. La température est de 38°3.

L'utérus se rétracte : pas une goutte de sang. A 8 heures, la délivrance n'est pas faite, le col tend à se refermer. Délivrance artificielle : enchatonnement du placenta. Injection intra-utérine de permanganate de potasse.

A 9 heures. — La malade est relativement bien : à 11 heures, la température est de 38°2.

A 3 heures du soir. — La température s'élève (39°7), la respiration devient plus oppressée.

Le cœur bat à 140 pulsations à la minute. M. Verdier, interne du service, fait une injection de 25 centigrammes de caféine.

5 heures. — La température est de 38°9. Injection du sérum artificiel (450 grammes).

La dyspnée s'accroît : la température s'élève à 40°2. La malade meurt peu après.

A l'autopsie, les organes génitaux sont normaux, pas la moindre éraillure sur l'utérus.

Le foie et les reins sont altérés (voir pages 30 et 33, obs. I).

Œdème des poumons et hémorragie cérébrale sous corticale à droite, en avant du sillon de Rolando.

OBSERVATION XXVII

(Personnelle)

La nommée B..., V geste, 30 ans, demeurant à Chantenay, entre à la Maternité hospitalière de Nantes, le 2 septembre 1898. Elle est enceinte d'environ sept mois. Elle n'a pas eu ses règles depuis son dernier accouchement (juin 1897). Apparition des mouvements actifs : 22 mai 1898. Hauteur de l'utérus : trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Vers le quatrième mois de cette grossesse, œdème des membres inférieurs et des mains, céphalée, douleurs gastralgiques, bourdonnements d'oreilles. Bientôt, la figure s'œdématie, la vue diminue. Le 21 août, au réveil, il est impossible de distinguer le moindre objet.

Le 24 août, la femme B... va à la consultation de M. le professeur Dianoux ; on porte le diagnostic de rétinite albuminurique. La malade se décide à entrer à l'hôpital le 2 septembre.

Les antécédents sont bons : jamais aucune affection grave ; les quatre premières grossesses se sont bien passées. La femme

B... n'a jamais eu aucun trouble digestif ou circulatoire. Pas d'œdème. Les quatre enfants, venus à terme, vivent encore.

L'examen de cette femme décèle un œdème généralisé : membres inférieurs, mains, paupières, face, région sus-pubienne sont œdématisés. Les poumons sont sains. Au cœur, bruit de galop.

La sécrétion urinaire est faible ; le premier jour, elle s'élève à peine à 100 centimètres cubes ; urines troubles, d'un jaune rougeâtre. Albumine, 8 grammes par litre.

Le fœtus se présente par le sommet en position gauche transverse. Bassin normal. Maximum des bruits du cœur du fœtus à gauche.

Le régime lacté exclusif est institué ; 3 litres de lait par jour.

3 septembre. — La sécrétion urinaire est toujours faible : 200 centimètres cubes. Albumine dosée par le procédé d'Esbach : 10 grammes par litre.

L'examen ophtalmologique, fait par notre collègue, M. Chesneau, chef de clinique ophtalmologique, donne les résultats suivants :

« Acuité visuelle : œil gauche.... 1/10

œil droit..... 2/7.

Rien dans le segment antérieur; corps vitré sain.

La rétine est parsemée d'hémorragies en flammèches longeant les vaisseaux. Une hémorragie en plaque, à un diamètre de papille, au-dessus du bord papillaire (image renversée).

Macula : le tissu maculaire est visiblement œdématisé, mais ne présente aucune lésion nette. Pas trace d'étoile blanche. »

Traitement : instillation d'un collyre à la pilocarpine ; la malade paraissant assez vigoureuse, on commence une série d'injections de pilocarpine.

4 septembre. Même état ; diurèse peu abondante, 200 centimètres cubes. Albumine, 10 grammes par litre.

5 septembre. — Quantité d'urines émises, 250 centimètres cubes. Albumine, 9 grammes.

6 septembre. — Urines émises, 250 centimètres cubes. Albumine, 8 grammes. L'état de la malade est le même : l'œdème n'a pas disparu. Les troubles oculaires progressent, malgré les injections de pilocarpine.

L'urine est encore moins abondante, 150 centimètres cubes.

7 septembre : l'examen complet en est fait par M. le professeur Andouard, pharmacien en chef des hospices civils de Nantes. Le voici :

Urine trouble, d'un jaune rougeâtre :

Densité..... 1022;

Réaction..... acide ;

Urée..... 25 gr. 21 par litre ;

Albumine..... 19 gr. 48 — —

Indican..... notable quantité ;

Urobiline..... traces ;

Acide phosphaturique. 2.05 par litre.

Sediments

Leucocytes assez nombreux ;

Cylindres granuleux... nombreux ;

Épithélium banal..... abondant ;

Cellules du bassinets... petite quantité.

8 septembre. — L'état général est moins bon. Céphalée plus intense ; vive douleur épigastrique ; troubles oculaires : la malade ne distingue plus les objets placés devant ses yeux.

Vers 10 heures, premier accès éclamptique ; coma de quelques minutes. T. normale ; pouls, 80.

1 h. soir : second accès de deux minutes de durée ; coma pendant un quart d'heure.

M. le Dr Crimail décide de provoquer l'accouchement.

Lavement purgatif, puis lavement avec 4 grammes de chloral.

A 2 heures, sous anesthésie chloroformique, examen obstétrical. Le col a encore toute sa longueur, mais permet l'introduction facile du doigt. Après quelques manœuvres digitales, il est possible de mettre en place le ballon de Champetier de Ribes.

Vers 5 heures, début des contractions utérines, d'abord espacées, puis de plus en plus rapprochées.

Le travail se fait normalement.

Pendant ce temps, la malade présente par instants quelques signes d'agitation ; le chloroforme les fait disparaître.

A 9 h. 1/2, le ballon est expulsé et la dilatation est complète. La tête du fœtus est dans l'excavation, en O I G A. Rupture artificielle de la poche des eaux et application de forceps. Extraction d'un enfant vivant du poids de 1.800 grammes. Il a environ sept mois. Aussitôt, il est placé en couveuse.

La délivrance se fait une demi-heure après l'accouchement. Délivrance normale. Placenta farci d'infarctus anciens et nouveaux. Pas d'hémorragie.

La parturiente n'est plus agitée, elle a toute sa connaissance. Température à 6 heures du soir, 37°5. Pouls, 66.

Les urines, recueillies par cathétérisme avant l'intervention, contiennent 10 grammes d'albumine (procédé d'Esbach). Elles ont été peu abondantes, à peine 150 centimètres cubes en 24 heures.

On donne du lait toutes les deux heures : il est bien supporté.

Le lendemain matin : T., 37°3. Pouls, 70.

— soir : T., 37°5. Pouls, 74.

Urines plus abondantes : 500 grammes en 24 heures ; albumine : 8 grammes.

Suites de couches normales. La température ne s'élève pas au-dessus de 37°2.

Urines émises :

10 novembre 850 cmc. Albumine : 6 gr. par litre.

11 — 1,120 — 3 25 —

12 — 2,500 — 1 80 —

13 — 3,200 — 0 40 —

14 — 3,050 — 0 10 —

Le 16, il n'y a plus d'albumine.

La malade est au régime lacté absolu. Elle prend au moins 3 litres de lait par 24 heures.

Elle y reste jusqu'à son départ de la Maternité.

Les troubles oculaires sont moins nets ; l'examen ophtalmologique est fait à nouveau le 25 novembre.

Il donne les résultats suivants :

Acuité : O. D. 3/7.

— O. G. 3/5.

Les hémorragies commencent à se résorber. Les bords sont plus flou et prennent une couleur blanchâtre.

Le 26 septembre, la femme B... quitte le service en parfaite santé.

Elle fait des écarts de régime et l'albumine reparait dans ses urines à la fin de décembre. Elles en contiennent environ 0 gr. 50 par litre. Les troubles oculaires sont moins intenses et s'amendent sous l'influence du traitement suivi.

Nous avons eu l'occasion de voir plusieurs fois cette dame à la consultation hospitalière de M. le professeur Ollive. Chaque fois l'examen des urines fut fait, et, malgré le régime lacté, auquel la malade nous disait se soumettre exactement, elles contenaient une petite quantité d'albumine.

En janvier dernier, survint une sixième grossesse ; elle se passa bien : il n'y eut ni œdème, ni céphalgie, ni gastralgie. L'albumine ne s'accrut pas mais persista toujours, malgré le régime sévère de la malade.

Accouchement en octobre : travail normal. Enfant vivant. Hémorragie de la délivrance par inertie utérine.

Actuellement mère et enfant se portent bien.

OBSERVATION XXVIII

Inédite (Registres Maternité hospitalière de Nantes)

*Eclampsie puerpérale. Accouchement accéléré. Enfant vivant.
Guérison.*

La nommée L..., 37 ans, journalière, née à Guérande (Loire-Inférieure), entre le 15 mai 1895 à la Maternité hospitalière de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Depuis le matin à deux heures, elle a des accès d'éclampsie. La perte de connaissance est complète.

C'est une VI geste, enceinte d'environ 8 mois et demi. Dernières règles fin d'août 1894.

Antécédents morbides : dans le jeune âge, une pneumonie ; à 23 ans, une seconde pneumonie. Il y a quatre ans : vaginite probablement gonococcique suivie de métrite et de salpingite. M. le professeur Heurteaux lui fait deux curetages. Elle reste 5 mois dans son service de l'Hôtel-Dieu.

Rien d'anormal dans ses antécédents physiologiques et héréditaires.

Les cinq premières grossesses ont été normales. Dès le second mois de cette sixième gestation, la malade est prise de céphalalgie, de crampes d'estomac. Les jambes sont œdématisées.

Dans le courant de l'hiver, influenza. Depuis ce temps, la femme L... n'a cessé de tousser : l'œdème gagne les mains. La fatigue s'accroît avec la grossesse : tout travail devient impossible.

Elle est brusquement prise de convulsions le 15 mai et envoyée vers 3 heures du soir dans le service de M. le professeur Crimail.

Vingt-trois accès jusqu'à 6 heures du soir : de plus en plus rapprochés et d'intensité croissante. Coma.

L'enfant vivant se présente par le sommet en position gauche. Le col long et incomplètement effacé au moment de l'entrée présente une dilatation de 2 centimètres de diamètre le soir à 6 heures.

Urines fortement albumineuses.

Traitement : lavement de chloral ; chloroforme administré de façon intermittente.

En présence de ces symptômes graves, M. Crimail décide d'accélérer le travail. Il place le ballon de Champetier de Ribes (grand modèle). Les douleurs augmentent d'intensité. Deux heures après, expulsion spontanée d'un enfant vivant. Aucun accès ne s'est produit pendant ces deux heures. Délivrance normale.

Deux heures après l'accouchement un accès se manifeste. On donne de nouveau pendant quelques instants du chloroforme à la malade.

Aucun accès pendant 19 heures : le coma persiste. A ce moment, nouvelle crise.

21 heures sans convulsions qui reprennent ensuite très fréquentes.

La malade a 33 accès espacés d'une façon irrégulière pendant six jours.

Le traitement, supprimé après l'accouchement, a été repris au retour des convulsions. Il a consisté en :

Chloral en lavements ;

Eau salée, 6 pour 1,000 en lavements ;

Lait : 3 litres au moins par 24 heures ;

Quelques injections de pilocarpine ;

Bromures en potion ;

Lavement laxatif : sulfate de soude, mauve et sené.

Emulsion d'huile de ricin : 10 grammes ; huile de croton : 1 goutte qui n'a produit aucun effet.

Un lavement avec huile de croton, deux gouttes, également sans effet.

La température n'a pas dépassé 38°5 pendant les accès.

A partir du sixième jour, la malade redevient calme. Elle n'a plus de convulsions.

Les suites de couches furent normales et la femme L... quittait le service quinze jours après en bonne santé emportant un enfant vivant qui prend bien le biberon.

L'albumine avait disparu des urines le dixième jour après l'accouchement.

OBSERVATION XXIX

(Inédite)

Registres de la Maternité hospitalière de Nantes

Eclampsie puerpérale. 49 accès. Accouchement hâté. Mort de la mère et du fœtus.

La femme P., Marie, 29 ans, lavandière, primipare, est amenée dans le service de la Maternité hospitalière, le 11 juillet 1878.

Elle est privée de connaissance et a, de temps à autre, des mouvements convulsifs extrêmement violents. Au moment d'entrer dans le pavillon de la Maternité, elle est prise en notre présence d'un accès d'éclampsie parfaitement caractérisé. Il dura deux minutes et demie.

Il est alors dix heures moins un quart.

Pendant l'accès, la malade a uriné sous elle assez abondamment.

Sitôt la crise passée, on monte la femme au cabinet d'accouchement.

La famille nous donne à son sujet les renseignements suivants :

D'une bonne constitution avant sa grossesse, elle est devenue enceinte au mois de novembre 1877. Depuis très longtemps, elle a les jambes et les cuisses œdématisées.

Depuis 3 jours, maux de tête violents : la veille (20 juillet) écarts de régime. Ce matin, à 5 heures, 1^{re} crise éclamptique, 8 depuis. Coma absolu.

La figure de cette femme est rouge et tuméfiée, les paupières œdématisées : l'œdème est généralisé. Respiration embarrassée et fréquente, pouls fréquent, tantôt plein et dur, tantôt filiforme.

La sensibilité générale est abolie, l'intelligence nulle.

Examen obstétrical : Enfant vivant se présentant en O I G.

Col entrouvert, dilaté de 1 c. 1/2 environ.

Un lavement purgatif est prescrit.

10^e accès éclamptique, de deux minutes de durée : le coma persiste. Pouls 160.

10 h. 20. — 11^e accès.

10 h. 35. — 12^e accès plus violent, 4 minutes de durée.

Les contractions utérines sont plus vives : deuxième lavement.

11 h. 1/4. — 13^e accès : il dure deux minutes ; peu après, 14^e, 15^e, 16^e, 17^e accès.

4 sangsues aux apophyses mastoïdes,

Le chloroforme est donné sans interruption. A 3 h. 1/4, la malade a eu 23 accès. Les bruits du cœur du fœtus ne s'entendent plus.

M. Crimail accélère le travail par l'introduction dans le col du dilatateur modifié de M. Tarnier. Alors le poulx est fréquent : 160 pulsations.

A 8 heures. — 35 attaques. Le dilateur de Barnes est mis à la place de celui de Tarnier. Il est presque aussitôt expulsé, la dilatation est suffisante pour introduire le forceps. M. Crimail l'applique sur la tête du fœtus et, par une tension soutenue, s'en sert comme dilatateur. La lèvre antérieure du col bride surtout à droite. La tête descend enfin : extraction d'un enfant mort.

Pendant ces manœuvres qui ont duré 20 minutes, la femme a eu constamment des convulsions.

La température est alors de 41°. Le poulx bat 160 pulsations.

Un quart d'heure après, on tente la délivrance ; nouvelle attaque d'éclampsie. On prescrit de nouveau un lavement purgatif et l'on ne cesse au moment de chaque attaque de faire respirer du chloroforme.

A partir de cet instant, les attaques sont plus rares, mais plus longues et tout aussi violentes. A 10 h. 1/2 un nouvel accès de forme singulière. Le bras gauche est pris d'abord, puis la jambe, puis le côté gauche du corps. Ces convulsions hémiplegiques durent environ un quart d'heure, puis le côté droit se prend peu à peu et les convulsions générales durent environ 8 minutes. La respiration est stertoreuse, les membres sont dans une résolution complète ; et, à chaque expiration, les joues et les lèvres de la malade battent violemment.

Pendant la nuit il y a encore eu plusieurs attaques ; et, le lendemain, à huit heures, la malade n'est pas sortie de son état comateux. Même traitement. Les mouvements de déglutition s'accomplissent encore. A 4 heures, elle avait 56 respirations, le poulx ne peut plus être compté, il est filiforme ; la peau est sèche et brûlante. A 7 heures, la respiration est devenue de plus en plus embarrassée, la bouche est déviée à gauche ; et à huit heures un quart la malade meurt après 49 attaques d'éclampsie.

Examen nécroscopique :

Cerveau : rien d'apparent, c'est à peine si les veines de la pie mère sont injectées ;

Poumons : rouges, hyperémiés ;

Cœur : petit, violacé à l'extérieur. Les piliers et les fibres musculaires sont blanchâtres et dégénérés ;

Foie : extraordinairement gros ;

Reins : dégénérescence graisseuse de la substance corticale surtout dans le rein gauche.

Utérus : col légèrement déchiré à droite sur une étendue d'à peine un centimètre.

OBSERVATION XXX

(Inédite)

Due à l'obligeance de MM. les D^{rs} Crmail et Sourisse (que nous prions d'accepter nos remerciements)

Eclampsie. Accès subintrants. Souffrance du fœtus. Accouchement accéléré. Extraction d'un enfant mort. Guérison maternelle.

M. le D^r Sourisse est appelé, en 1898, auprès d'une primipare à terme, habitant la commune de Ch...

Elle avait été prise, vers trois heures de l'après-midi, de crises convulsives : et, depuis la première attaque, avait perdu connaissance.

Il la trouve dans le coma le plus absolu.

La grossesse a été normale jusqu'au neuvième mois : alors œdème des membres inférieurs et des paupières. Troubles oculaires, maux de tête, douleurs épigastriques.

Malgré ces symptômes, cette femme ne consulte ni médecin ni sage-femme et continue à se livrer à ses occupations habituelles jusqu'au moment où elle est surprise par le premier accès d'éclampsie. Elle en a eu dix environ avant l'arrivée du médecin.

A l'examen obstétrical, pratiqué aussitôt, sans anesthésie chloroformique, utérus atteignant le creux épigastrique, se contractant faiblement.

Fœtus engagé dans l'excavation en position O I G A. Bruits du cœur normaux, maximum à gauche.

Au toucher, col ayant sa hauteur, ne permettant qu'avec peine l'introduction du doigt dans sa cavité.

Quelques glaires sanguinolentes.

Température normale. Pouls régulier.

Urines peu abondantes : la malade n'a pas uriné et le cathétérisme amène environ 50 grammes d'urine foncée fortement albumineuse.

Pendant l'examen, la malade a deux crises : ce sont des accès éclamptiques typiques ; ils durent au moins deux minutes chacun et sont très intenses.

Traitement : purgatif et lavement avec 4 grammes de chloral. Régime lacté.

Les accès augmentent de nombre et d'intensité. Ils se rapprochent, deviennent subintrants. On donne du chloroforme.

M. le Dr Crimail, appelé, constate que le travail à peu progressé.

Le col commence à s'effacer : on peut introduire le doigt et en forçant amener une dilatation de 2 centimètres de diamètre.

Les bruits du cœur du fœtus sont sourds et accélérés.

L'intervention est décidée. Introduction du ballon de Champetier de Ribes (grand modèle). Les contractions s'accroissent, le travail progresse normalement.

Six heures environ après la mise en place, expulsion du ballon.

La dilatation est complète. Application de forceps. Enfant mort.

La femme est toujours dans le coma depuis le début des accidents, c'est-à-dire depuis quinze heures.

Délivrance normale peu après.

3 ou 4 accès après l'accouchement : la parturiente reprend connaissance dans la matinée.

Suites de couches normales. Guérison rapide.

OBSERVATION XXXI

(Résumée)

M. Jean Petit (*Journal des Praticiens*, 1899)

Marthe B..., entrée à la Maternité de l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Boissard, le 3 juillet 1899, à 1 heure du soir.

Primipare, 26 ans, sans tare héréditaire.

Depuis huit jours, signes prééclamptiques : albumine dans les urines. Soumise au régime lacté, elle ne s'y soumet pas complètement.

Le 3 juillet, à 10 heures du matin, elle est trouvée chez elle, étendue sur le parquet ; on ordonne son transport à l'hôpital.

5 accès éclamptiques avant son arrivée : alors, elle est dans le coma ; faciès vultueux, visage tuméfié, paupières bouffies, œdème généralisé, respiration stertoreuse, pouls à 140, température de 37°2.

En voulant procéder à l'examen obstétrical, on détermine une sixième crise convulsive d'une durée d'environ une minute. Après cette crise, coma.

Au palper : O I D T, avec grossesse d'environ 8 mois.

Au toucher : col de l'utérus ramolli, orifice externe légèrement entrouvert ; la cavité cervicale a encore toute sa longueur.

Cathétérisme de l'urèthre : 200 grammes d'urine ; 20 grammes d'albumine par litre.

Traitement : saignée de 550 grammes, injection de sérum artificielle : 500 grammes, irrigation intestinale puis lavement avec 3 grammes de chloral.

Chloroforme à doses intermittentes.

A 3 heures 1/2, septième crise. Pouls à 160 qui retombe ensuite à 80.

A 6 heures 1/2, col en voie d'effacement : introduction du ballon de Boissard (grand modèle). 250 grammes d'eau sont introduits dans le ballon.

Second lavement chloralé.

3 crises à 8 heures, 10 heures, 11 heures 40, moins longues, moins intenses.

11 heures. — Expulsion du ballon, dilatation complète. Bruits du cœur du fœtus normaux.

11 heures 45. — Rupture de la poche des eaux.

Minuit 15. — Application de forceps dans l'excavation en O I D A. Enfant vivant.

Minuit 35. — Délivrance naturelle. Pas d'hémorragie.

Poids de l'enfant : 2,450.

Température à dix heures du soir, 38°6. Toute la nuit, elle oscille entre 38°3 et 38°8.

Trois crises pendant la nuit à minuit 50, 2 heures 5 et 3 heures 25, plus faibles que les précédentes.

Trois heures après l'accouchement, la femme n'a plus de crises.

Coma le 4 juillet avec ébauche de mouvements convulsifs. T. 10 heures matin, 37°7 : 2 heures du soir, 38°2. Dans la nuit du 4 au 5, 38°8.

Le soir, la malade sort de sa torpeur : elle a bu en 24 heures 4 litres de lait. Urines rares.

5 juillet. — La malade commence à parler ; la malade boit beaucoup, diarrhée abondante.

0 gr. 50 d'albumine par litre d'urine.

Température le 5 : 39°3. Utérus déjà rétracté de moitié.

6 juillet. — Les symptômes de l'intoxication ont disparu, mais la femme éprouve un violent point de côté à droite ; la température reste au-dessus de 39°.

7 juillet. — L'œdème a complètement disparu. Température normale.

8 juillet. — Quelques frottements pleuraux à droite, épistaxis abondante. Température normale.

Dans les jours suivants, la malade se rétablit rapidement et elle quittait l'hôpital le 13 juillet en bonne santé, emportant en enfant vivant du poids de 2,700 grammes.

OBSERVATION XXXII

Dr Danger (thèse Montpellier, 1899)

*Eclampsie. Travail accéléré : ballon Champetier. Enfant vivant.
Guérison maternelle.*

A... Mouny, 25 ans, ménagère, née à Bougie, entre à la Maternité le 9 avril 1894. Primipare. Grossesse de 9 mois à peu près ; normale jusqu'à fin mars ; alors, œdème des jambes, des cuisses, des parois abdominales ; dyspnée, polyurie.

Enfant vivant ; présentation du sommet, droite postérieure ; engagement effectué, col ramolli, non effacé, très en arrière.

Urines albumineuses, 15 grammes par litre ; régime lacté exclusif.

Dans la soirée du 10, vomissements, troubles de la vue, nuit agitée.

11 avril. — A 8 h. 45 matin, 1 accès éclamptique d'une minute et demie ; en même temps, quelques pertes de sang, début d'effacement du col ; inhalation de chloroforme ; vessie vide ; le col commence à se dilater ; on introduit le ballon de Champetier pour dilater col et vagin.

A 9 h. 25 : rupture artificielle de la poche des eaux ; à 9 h. 30, application de forceps ; tractions pendant 10 minutes. Enfant du sexe féminin pesant 3 kilogr. 250 gr., légèrement cyanosé ; il est vivement ranimé.

Pas de déchirures du périnée ; délivrance normale, 5 minutes après ; soins antiseptiques.

Plus d'accès ; température oscillant de 37° à 37°6.

Régime lacté ; albumine est de 2 gr., 15 avril ;

1 gr. 50, 28 —

1 gr., 1^{er} mai.

La malade sort le 6 avec un enfant bien portant.

OBSERVATION XXXIII

Dr Danger (*Loco citato*)

*Eclampsie. Accouchement activé ; ballon Champetier.
Guérison maternelle. Enfant vivant.*

A. C. entre à la Maternité le 30 juin 1894, à 9 h. matin ; primipare, 5 crises d'éclampsie ; urines albumineuses : 1/15 du volume ; 6^e crise à 9 h. 1/2 ; le col permet l'introduction du ballon de Champetier ; chloroforme.

Pas de crise jusqu'à 4 heures du soir ; alors, 7^e accès.

Dilatation suffisante pour permettre une application de forceps en O P. Hémorragie post partum abondante.

Enfant vivant : 2 kilogr. 450.

OBSERVATION XXXIV

Dr Fieux (*In Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie, 1899*)

Jeanne L..., 37 ans, a déjà accouché 4 fois à terme sans la moindre complication. Enceinte de huit mois, elle vient d'avoir chez elle, le 17 avril 1897, à 10 heures du soir, deux accès d'éclampsie. A 11 heures, elle est portée à la clinique d'accouchement. Sub coma. Œdème généralisé. Urines fortement albumineuses. Température, 37°6. Pouls très tendu et rapide, 90 à la minute. L'utérus remonte à 28 centimètres au-dessus du pubis. L'enfant vivant se présente par la tête, le dos à droite. Pas de travail. Saignée de 400 grammes et 300 grammes de sérum artificiel. En raison de l'agitation qui commence à se manifester, 6 grammes de chloral sont administrés en deux lavements. Le ballon de Moussous est mis en place. A 2 et à 4 h. 1/2 du matin, deux accès convulsifs. A 6 heures, le ballon tombe et est immédiatement remplacé par le grand modèle du ballon de Champetier de Ribes. A 8 h. 35, le ballon de Champetier est expulsé à son tour. Tout est prêt pour une application de forceps, mais derrière le ballon et poussée par des contractions énergiques, la tête vient si rapidement qu'il n'est même pas question d'extraction artificielle.

L'enfant, né en état de mort apparente, est vite ranimé. Il pèse 1.550 grammes. Délivrance naturelle. La femme part guérie au 16^e jour, avec son enfant qu'elle allaite et qui pèse 1.720 grammes.

OBSERVATION XXXV

Dr Fieux (*Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie*)

Catherine C..., 34 ans, septipare, a toujours accouché jusqu'ici à terme d'enfants vivants. Le 2 janvier 1897, enceinte de huit mois, elle est transportée à la clinique d'accouchement à 1 h. 1/2 du soir. Depuis 11 heures du matin, elle a eu chez elle 4 accès éclamptiques. Hébétude. Température, 38°2. Pouls, 76. Les urines sont fortement albumineuses. L'utérus a son fond à 27 centimètres au-dessus du pubis. Le fœtus est en présentation céphalique, dos à droite. Les bruits du cœur sont bons. Le col est déhiscent, mais dans toute sa longueur. Saignée de 300 grammes et injection hypodermique de 300 grammes de sérum salé. Misc en place d'un ballon de Champetier de Ribes. A 5 heures, la dilatation est complète. Au moment de l'extraction du ballon, les membranes se rompent et une main, ainsi qu'une anse du cordon tombent dans le vagin en même temps que la tête.

Une version ramène un enfant vivant de 2.268 grammes. Délivrance naturelle. Deux heures après l'accouchement, le coma se dissipe. Suites de couches normales. Le 15^e jour, la malade quitte le service en parfaite santé avec son enfant pesant 2.350 grammes.

OBSERVATION XXXVI

Dr Fieux (*Archives Obstétrique et de Pædiatrie*)

Marie L..., 22 ans, arrivée au huitième mois de sa première grossesse, vient d'avoir chez elle, le 7 janvier 1897, à 2 heures du soir, 5 accès éclamptiques.

On l'apporte à la clinique à 4 h. 1/2. Sub coma avec intervalles d'agitation croissante. Thermomètre à 38°4. Pouls à 84,

très tendu. Urines très albumineuses. L'utérus remonte à 26 centimètres au dessus du pubis.

Le col est entier et nullement perméable. L'enfant se présente par le sommet, en gauche antérieure. Les bruits du cœur sont facilement perçus. Chloroforme. Saignée de 300 grammes et injection de sérum salé. Mise en place du ballon de Mous-sous gonflé à 60 grammes.

Lavement de chloral en raison de l'agitation persistante. A 7 heures le ballon de Moussous est expulsé et remplacé par le grand ballon de Champetier gonflé à 250 grammes. A ce moment le col est effacé et l'orifice dilaté plus qu'une pièce de deux francs.

Le ballon de Champetier tombe à 9 h. 1/2. La tête descend après lui.

Application de forceps immédiate. Fille vivante de 2.060 grammes.

Délivrance sans complication.

Quelques heures après la délivrance, le coma se dissipe et le dixième jour, la malade quitte le service avec son enfant qu'elle allaite et qui pèse 3,030 grammes.

OBSERVATION XXXVII

(Résumée)

Dr Lefloch (Thèse Bordeaux)

Le dimanche 30 décembre 1894, à 10 heures du matin, est amenée dans le service de la Maternité clinique de Nantes, une femme atteinte d'éclampsie. Primipare enceinte d'environ huit mois et demi.

Les accidents ont débuté à 6 heures du matin. A 10 heures, heure de l'entrée dans le service, déjà 10 attaques.

Immédiatement injection sous cutanée de 5 centigrammes de pilocarpine et inhalations de chloroforme.

Puis lavement de 4 grammes d'hydrate de chloral et saignée : 20 grammes de sang seulement.

Le sondage de la vessie n'amène que quelques gouttes d'urine sursaturée d'albumine.

A 1 heure. — 22 où 23 accès : un seul violent.

Nouvelle saignée sans meilleur résultat que la précédente.
Lavement laxatif.

Examen obstétrical. Présentation du sommet, occiput à gauche et en avant. Bruits du cœur difficiles à percevoir à cause de la respiration haletante de la malade.

Au toucher, col de bonne consistance, sans tendance à la dilatation, dans lequel on introduit avec peine le bout de l'index qui sent la tête.

A 4 heures. — 30 crises : deux ou trois seules sont violentes, venant tirer l'éclampsique de son état comateux à contracture presque permanente.

Le ballon dilatateur de Tarnier est alors introduit, il tombe de lui-même à 6 heures : dilatation de deux centimètres.

A 6 h. 1/2. — Ballon de Champetier de Ribes que l'on retire à 10 heures.

Dilatation de 5 à 6 centimètres.

Pendant que le ballon était en place, le toucher pratiqué a montré le col modérément serré sur l'embouchure de l'instrument, d'une fermeté de bon aloi, sans déchirure.

Le ballon retiré, bien que la dilatation ne fut pas complète, on décide l'accouchement ; et, à 10 h. 1/2, nous extrayons avec le forceps Tarnier placé dans l'excavation, un fœtus de sexe masculin, mort depuis quelque temps déjà, avec un tour de cordon, du poids d'environ 5 livres.

Délivrance une demi-heure plus tard avec perte de sang peu abondante.

Placenta inséré sur le segment inférieure.

Injection de sérum artificiel, 240 grammes.

31 décembre. — 3 crises de... 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2 matin.

10 forts accès de. 4 h. 1/2 à 8 h.

1 accès très violent à 3 heures du soir.

Quelques instants de connaissance de 8 heures du matin à 3 heures du soir. La malade absorbe du lait.

Accès à 5 heures, à 7 heures, à 9 heures.

Repos jusqu'au lendemain 10 heures. 11 sangsues derrière les oreilles, sinapismes aux jambes, lait 1 litre 1/2.

1^{er} janvier. — T. matin, 39°7 ; soir, 39°9.

Injection de sérum artificiel, 180 grammes.

Accès, à 7 heures du soir, à 8 heures, à minuit.

2 janvier. — Enfin dans la nuit de mardi à mercredi, un accès de moyenne force à 1 h. 1/2. C'est le dernier des 60 environ qui ont agité la malheureuse.

On cesse les inhalations de chloroforme, dont 600 grammes environ ont été inhalés.

Absorption de lait et d'une potion de lactate de strontium.

Calme relatif. Un commencement de connaissance dans la matinée.

Coma le soir.

T. le soir, 39°6.

3 janvier. — La femme reprend peu à peu connaissance : elle répond par signes et monosyllabes aux questions posées.

Urines et matières fécales abondantes.

Ictère, foie hypertrophié et douloureux, descend à 6 centimètres au dessous des fausses côtes.

T. soir, 39°3.

Alimentation : 3 litres de lait.

4 janvier. — T. à 10 h. 1/2 du matin, 38°6.

Le mieux s'accroît, l'urine contient beaucoup de sels biliaires, mais peu d'albumine. 50 centigrammes par litre.

Dans l'après-midi, connaissance plus parfaite, un peu de délire.

Le foie a 20 centimètres de long.

5 janvier. — T., 39°7 ; P., 132 ; R., 40.

6 janvier. — T., 38°6.

7 janvier. — Diarrhée rebelle et pleuro-broncho pneumonie.

On prescrit du salicylate de bismuth et de l'acide lactique contre la diarrhée, du sulfate de quinine comme antithermique, tonique et antiseptique.

Ecorchure au siège : résine au stérésol.

8 janvier. — T., 39°3 ; soir, T., 39°6.

Malade plus affaiblie, gros râles trachéaux.

Même état jusqu'au 13 janvier. Température oscillant entre 39°1 et 39°6.

13 janvier. — Amélioration qui s'accroît.

Le 16 février, Gabrielle G... quitte le service complètement guérie.

OBSERVATION XXXVIII

In thèse Lefloch

La nommée Marie L..., âgée de 18 ans, domestique, entre à l'Hotel-Dieu, salle 14. C'est une primipare. De robuste constitution, elle n'a jamais été malade. Sa mère est morte de la variole, enceinte de son neuvième enfant. Au premier accouchement elle aurait été très mal ; on l'aurait même crue morte une nuit.

Marie L... cachait sa grossesse. Le 5 février 1893, le matin, en faisant un lit, elle tombe tout à coup. On l'envoie à l'hôpital pour attaque de nerfs. Vers trois heures de l'après-midi, les yeux étaient convulsés à droite, les membres tous contracturés et les convulsions cloniques très violentes. L'œdème est général. De la bouche sort une écume rougeâtre. La langue est tuméfiée et meurtrie. La connaissance est nulle et la malade se débat en criant.

Nous pratiquons une saignée de 300 grammes qui amène un peu de calme ; mais l'agitation recommence ; nous avons recours au chloroforme. Nous apprenons que depuis son entrée cette femme a déjà subi 4 accès de plus en plus forts.

M. le professeur Guillemet, prévenu, la fait à 4 heures transporter à la Maternité où se produit une cinquième attaque. M. le professeur Guillemet opère une nouvelle saignée de 400 grammes et fait redonner le chloroforme.

On pratique alors l'examen obstétrical ; les bruits fœtaux sont bien perçus à gauche et assez forts. Au toucher, le col est dilaté d'un centimètre, mais long, dur. L'âge de la grossesse semble être de 7 mois.

L'analyse des urines donne 2 gr. 50 d'albumine par litre. A 10 heures du soir, le ballon de Champetier de Ribes est

appliqué. La femme est dans le même sommeil comateux, avec une respiration bruyante et stertoreuse.

Lundi. — A 3 heures du matin, le ballon est expulsé violemment, entraînant le cordon; et peu après, le fœtus l'était à son tour. Ce dernier mort. La femme perd peu de sang; elle a déjà absorbé 180 grammes de chloroforme; à midi, nous arriverons à 240 grammes. A partir de midi, elle est plus calme et on cesse l'inhalation. La température, prise à 3 heures, est de 37,5. A 4 heures, l'agitation reprenant, on redonne le chloroforme quelques instants. Il est prescrit alors un purgatif.

Calomel..... 1 gr.

Miel..... 10

que la malade peut absorber à la cuiller. Un lavement purgatif, donné deux heures après, produit une selle abondante. La malade reprend ses esprits et n'a plus de crise. La température, prise le soir dans le vagin, donne 38,4. Mentionnons aussi que le lavement purgatif fut suivi de 2 lavements avec 3 grammes de chloral. A partir de ce moment la malade commence à boire du lait et à uriner beaucoup.

Mardi. — La malade a dormi un peu; elle urine beaucoup. Le pouls est de 70 et la température 37,4; mais elle continue à souffrir de l'utérus. On lui fait une injection vaginale. La température est de 38,8 et la quantité d'albumine est devenue négligeable.

La fille Marie L... quitte le service quelques jours après, complètement rétablie.

OBSERVATION XXXIX

In thèse Dr Lefloch

La nommée Aimée F..., entre à l'Hôtel-Dieu le 18 décembre 1893. Elle a perdu ses parents très jeune, ignore l'âge où elle a commencé à marcher, a été réglée à 13 ans. Elle n'a jamais été malade. C'est une primipare.

Elle a eu ses dernières règles fin d'avril, et ignore la date d'apparition des mouvements actifs. La grossesse est donc de 9 mois environ à son entrée dans le service.

Le début de sa grossesse fut excellent jusqu'au 17 décembre, date à laquelle la malade, enflée, souffre de la tête. Ce n'est que le 18 décembre qu'Aimée F... se présente au bureau d'entrée. Elle présente de l'anasarque de l'obnubilation des idées, des céphalées atroces, les urines contiennent 12 grammes d'albumine par litre. Le travail semble commencé et on note quelques coliques. Le col est entr'ouvert, très mou.

L'état de cette femme nous semble des plus inquiétants et il est regrettable que nous ne l'ayons pas reçue plus tôt.

Nous la soumettons au régime lacté et au moyen d'un lavement de sel, nous provoquons une abondante débâcle.

Le travail s'arrête vers 6 heures du soir.

19 et 20 décembre. — L'état général reste le même. L'œdème a un peu diminué. Il y a toujours de l'œdème pulmonaire, un peu de dyspnée. Le soir du 20, un peu d'hydrothorax ; la paroi abdominale est très œdématiée. Le pouls est régulier, les évacuations alvines abondantes, l'urine rare et foncée. La poche des eaux bombe beaucoup.

21 décembre. — A 2 heures, la malade est prise de dyspnée, puis survient un premier accès éclamptique suivi de plusieurs subintrants. On prescrit une saignée de 700 grammes, un lavement de chloral et des inhalations de chloroforme en ménageant la dose. A 6 heures, on applique le ballon de Champetier de Ribes. Le cœur fœtal est très faible. Il se produit encore quelques attaques et à une heure, un semblant de travail s'accuse. A 4 heures, on rompt la poche des eaux et on met les fers. L'enfant vient mort. L'accouchement a eu lieu sous le chloroforme pour prévenir les crises. De 2 heures de l'après-midi à 5 heures du matin, il y a eu 7 attaques.

22 décembre, — La malade, délivrée, est réveillée par de nouvelles crises. Il y a deux ou trois garde-robes et 400 grammes d'urine. La malade recouvre sa connaissance. T., 36° ; P., 110.

23 décembre. — Même état, 300 grammes d'urine.

24 décembre. — Etat satisfaisant ; un peu d'ictère, 450 gr. d'urine. T., 38°.

25 décembre. — Plus d'ictère; un litre et demi d'urine. T., 38°.

25 décembre au 2 janvier 1894. — L'état de la malade s'améliore, la quantité d'albumine diminue graduellement. Les garde-robes sont normales. Aimée F... sort de l'hôpital, guérie, le 15 janvier.

OBSERVATION XL

In thèse Lefloch

Le 29 avril 1895, entre à la Maternité clinique de l'Hôtel-Dieu, la fille Marie S..., âgée de 37 ans. Elle dit avoir eu ses dernières règles du 30 août au 4 septembre 1894. Elle serait donc enceinte de 7 mois. C'est une primipare.

Son père est mort à 40 ans d'une affection difficile à déterminer. Sa mère a souvent les jambes enflées.

Pour son compte, Marie S... a été réglée à 17 ans. Une bronchite qu'elle a eue à 32 ans lui dura dix-huit mois. Elle a déjà eu l'influenza et, à la même époque, des pertes blanches, de la douleur en urinant qu'elle traita par des injections vaginales.

Elle a les jambes très enflées, de l'œdème sus-pubien, des céphalées fréquentes. Son foie n'est pas hypertrophié. Ses urines sont rares, se prennent en masse à la chaleur. Le 4 mai, elles contiennent encore 5 grammes par litre; le 8 mai, 9 grammes; le 12 mai, 1 gr. 50; le 17, 6 grammes.

Le 22 mai, la malade nous apprend que ses urines sont moins abondantes, qu'elle est oppressée, qu'elle a des douleurs de reins. Elle a des nausées et des selles diarrhéiques; la vue se trouble par moments. Le foie est normal.

On supprime le lactate de strontium et on prescrit des purgatifs et du benzo-naphtol.

27 mai. — Quelques coliques régulières. Pas de dilatation du col; plus de battements fœtaux. La malade tremble.

A 9 h. 1/2, courte perte de connaissance. Au toucher, on peut introduire le doigt dans le col long et très marqué.

On donne quelques lavements de chloral et de phosphate de soude, lavements préventifs de l'éclampsie.

28 mai. — Rien de nouveau pendant la nuit; petite faiblesse vers 7 heures du matin. Le col n'a pas changé. A 11 heures, M. le professeur Guillemet place le ballon de Champetier de Ribes. A midi, quelques caillots sont expulsés et une crise éclamptique se produit. Nouvelle crise une demi-heure après. Elles débutent par de la céphalalgie, puis la femme perd connaissance et a quelques mouvements convulsifs avec respiration bruyante.

29 mai. — 6 heures du matin : la dilatation est complète. Le ballon est resté dans le vagin ; on le vide et on le retire. L'accouchement a lieu à 6 h. 45.

30 mai. — Les urines sont très abondantes depuis l'accouchement. La femme n'a plus de maux de tête, a désenflé ; la vue s'améliore. Les urines ne contiennent plus que 0 gr. 50 d'albumine.

OBSERVATION XLI

Dr Lefloch (Thèse Bordeaux, 1896)

Le 16 juillet 1895, à 4 heures du soir, on amène la nommée Louise L..., 24 ans, plongée dans le coma éclamptique. Elle serait dans son neuvième mois de grossesse. Jusqu'ici tout s'était bien passé, sauf quelques vomissements au début.

Depuis le 14 juillet, elle se plaint davantage ; elle croit qu'elle va devenir folle. Le 16, l'éclampsie s'est déclarée nettement. Elle a eu quelques crises dans la journée et est restée tout le temps dans le coma. A son arrivée, elle a une petite crise qu'on dit être la sixième. Une saignée de 400 grammes n'empêche pas une nouvelle crise à 5 h. 3/4 et deux autres consécutives à 10 heures. Un lavement purgatif administré à 6 heures n'a encore pas donné de résultat. La température est normale. La malade, dans ses accès, s'est mordu la langue, qui est enflée. Elle urine dans son lit. Impossible de lui faire avaler quoi que ce soit. A 10 heures 20, elle a rendu son lavement. On le remplace par un lavement de chloral.

17 juillet. — La nuit a été bonne, calme. La malade prend de temps en temps un peu de lait. Un lavement de chloral a été donné à 11 heures du matin. L'intelligence revient graduellement. La température reste normale. 2 litres de lait ont été absorbés. Les urines contiennent encore 5 grammes et demi d'albumine.

18 juillet. — Mieux persistant, céphalée moins intense.

19 juillet. — Céphalée intense le matin. T. 39, 6. A 10 heures, une crise convulsive. L'enfant vit toujours. A midi 1/4, une crise. A midi 1/2, on introduit le ballon de Champetier, la femme étant chloroformée. A 4 heures du matin, une même colique expulsait ballon et fœtus. Depuis l'introduction du ballon, la malade a eu neuf crises. Enfant vivant.

Les urines examinées par M. le professeur Andouard contenaient une forte proportion de bile et beaucoup d'albumine.

Après l'accouchement, il n'y a plus eu de crise, plus de maux de tête. L'œdème a diminué ; l'albumine également.

L'amélioration persiste jusqu'à complète guérison.

OBSERVATION XLII

Dr Lacambre (Thèse de Paris, 1877)

T..., Jeanne, 19 ans, célibataire, est entrée à la Maternité, clinique de Nantes, le 17 octobre, au septième mois de sa grossesse (primipare). Au physique : taille moyenne, constitution très délicate, quoique fille de la campagne ; au moral : intelligence très bornée ou plutôt temporairement éclipsée (résultat d'un viol) ; caractère morose et taciturne, du même fait, bien que naturellement gai et expansif. Rien à signaler dans son état, pendant les premières semaines qui suivirent son admission à la Maternité, lorsque le mardi 1^{er} décembre (15 ou 20 jours environ avant le terme normal), Jeanne T... fut trouvée à 5 heure du matin, gisante sur le parquet, avec une respiration stertoreuse, horriblement gênée. La maîtresse sage-femme, prévenue aussitôt, procède à l'examen des urines ; et, constatant une énorme quantité d'albumine, diagnostique

une attaque d'éclampsie. Une légère infiltration qu'elle remarque en même temps à la face, la confirme dans son jugement. Le toucher est pratiqué : col ferme, très haut, difficile à atteindre ; orifice externe fermé ; pas d'indice de travail commencé ou en voie de préparation. Une heure plus tard (6 heures), nous assistons à une deuxième attaque, que nous pouvons suivre dans toutes ses phases (durée : 2 heures 1/2).

Le chloroforme est administré. A 7 heures, troisième accès (3 minutes) ; à 8 heures 1/2, quatrième accès, très long et très intense (4 minutes) ; à 9 heures 20, cinquième accès, plus violent encore (5 minutes). La malade, qui n'a aucune connaissance, retombe après chaque accès dans un profond coma.

M. Vignard, chef du service, à sa visite du matin, prescrit un lavement de chloral (juguant la malade beaucoup trop faible pour supporter la saignée), et ordonne de continuer les inhalations de chloroforme. Aucune convulsion jusqu'à 3 heures 1/2 du soir, mais coma persistant. A 3 heures 35, sixième accès, très violent (3 minutes) : second lavement de chloral. M. Vignard, revenu près de la malade, pratique lui-même le toucher : le col est toujours en arrière et très élevé, il est un peu plus souple et plus mince, mais l'orifice externe reste toujours fermé. La mère paraît exténuée. L'enfant souffre, mais vit encore néanmoins : double raison qui décide M. Vignard à intervenir. Il applique le dilatateur de Tarnier devant les internes et les sages-femmes. L'opération, quoique rendue laborieuse par la situation du col, est rapidement exécutée et sans crise.

A 5 heures 1/4, survient un septième accès qui dure 3 minutes. Les contractions augmentent d'énergie ; la malade gémit sourdement. A 6 heures, administration d'un troisième lavement de chloral, suivi d'une abondante évacuation de matières jaune verdâtre. A 6 heures 45, huitième accès (5 minutes) ; à 7 heures, neuvième accès (3 minutes). Le toucher révèle une dilatation de trois à quatre centimètres ; le col est sensiblement ramolli. Les contractions marchent régulièrement ; la malade se plaint plus vivement, mais

d'une façon inconsciente. A 9 heures, les contractions deviennent de plus en plus fortes et se succèdent plus rapidement. La malade reste calme. A 11 heures, le dilatateur est descendu à l'orifice externe. A minuit, rupture de la poche des eaux, entraînant le dilatateur dans le vagin. Mercredi matin, à 3 heures, la tête est très bas ; on reconnaît une O I G A. A 4 heures 5, la distension forcée de la vulve très étroite amène un dixième accès (5 minutes). La crise à peine finie, expulsion spontanée d'un enfant mâle passablement volumineux, mais à demi asphyxié. Des soins appropriés le ramènent rapidement à la vie. A 4 heures 1/2, délivrance. A 4 heures 20, onzième et dernier accès. La malade reprend connaissance le soir même, et quelques jours plus tard, elle était complètement remise de ses terribles épreuves.

OBSERVATION XLIII

Dr Vignard (In thèse Lacambre, Paris, 1877)

M^{me} D..., petite et d'une constitution délicate, était enceinte pour la troisième fois. Sa première couche en 1870, fut signalée par une attaque d'éclampsie qui lui laissa pendant longtemps une hémiplégie légère du côté gauche en même temps qu'une grande faiblesse intellectuelle. Une deuxième couche, survenue deux ans après, n'avait rien présenté d'extraordinaire. Parvenue à 7 mois 1/2 de la troisième grossesse, M^{me} D... fut prise assez subitement de maux de tête violents ; ses jambes enflèrent et un dépôt très considérable d'albumine fut constaté dans ses urines. Malgré un traitement approprié très énergique (acide gallique, purgatifs salins, régime lacté) l'albuminurie persista très abondante. Six semaines plus tard, près du terme, M^{me} D... fut trouvée le 14 avril 1875, à 7 heures du matin, râlant sur son parquet. On supposa qu'elle avait été prise d'éclampsie au moment de se lever. MM. les docteurs Laënnec et Bureau, appelés immédiatement, assistèrent, en effet, à une nouvelle crise éclamptique très grave.

Une large saignée fut immédiatement pratiquée, mais elle n'empêcha pas les accès de se succéder de demi-heure en demi-heure.

M. Vignard, mandé à 8 heures et demie, prescrivit un lavement de chloral (4 grammes). Le résultat ne fut pas meilleur, et bien que les contractions utérines furent très évidentes, le col ne se dilatait pas. Le sixième accès venait d'avoir lieu. M. Vignard appliqua l'instrument de Tarnier à 10 heures et demie. Cette opération se fit sans amener d'accès. A 11 heures et demie, l'instrument tombait dans le vagin ; à midi un quart, rupture de la poche des eaux ; à une heure et demie, dilatation du col presque complète, application de forceps et extraction d'un enfant bien vivant et qui vit encore. De 11 heures 10 minutes à 2 heures 45 minutes, il n'y avait eu que deux accès. A 2 heures 45 minutes, légères convulsions de la face (côté droit) ; à 3 heures un quart, crise violente ; à 6 heures 35 minutes, convulsions partielles du bras et du thorax à droite ; à 7 heures 5 minutes et 7 heures un quart, deux attaques espacées de 10 minutes. Le lavement de chloral fut réitéré ; application de sinapismes ; plus tard, administration d'un lavement laxatif. Les accès ne se reproduisirent pas, mais M^{me} D... resta plongée dans le coma toute la nuit et toute la journée du 16. — 16 avril : nouveaux purgatifs et larges vésicatoires aux membres inférieurs. Ces moyens restèrent sans résultat et la mort survint le lendemain 17, au milieu du coma. Le côté gauche, frappé d'hémiplégie une première fois, avait encore présenté des signes bien évidents de paralysie.

OBSERVATION XLIV

Dr Vignard (In thèse Lacambre, Paris, 1877)

M^{me} B..., jeune fermière, 19 ans, de Mauves, près Nantes, avait atteint la fin d'une première grossesse sans troubles sérieux, lorsque à cette époque, elle fut prise brutalement de violentes convulsions éclamptiques pendant la nuit. Les accès continuèrent toute la journée du lendemain, malgré les soins du Dr Vandengeon, son médecin. Celui-ci voyant la gravité des circonstances, vient lui-même à Nantes chercher M. le professeur Vignard pour l'assister auprès de sa cliente.

Arrivés à 6 heures du soir, ces messieurs trouvèrent M^{me} B... dans le coma. Ils apprirent que depuis quelques heures, les attaques s'étaient répétées très fréquentes. Deux nouveaux accès, très violents, se passèrent sous leurs yeux. La malade se plaignait vivement, et les contractions utérines étaient très énergiques.

M. Vignard pratiqua le toucher, séance tenante. Le col, bien qu'effacé et mou, admettait à peine l'extrémité du doigt. Un lavement de chloral (4 grammes) fut administré à la malade. Après huit ou dix heures de contractions et de nombreux accès, l'enfant vivait encore. Craignant que la période de dilatation ne fut très longue, les deux médecins furent d'avis d'intervenir. M. le professeur Vignard plaça le dilatateur de Tarnier à 6 h. 1/2, sans provoquer de crise. Aussitôt les contractions prirent avec une force toujours croissante, une marche plus régulière et continue. Une heure plus tard (7 h. 1/2), l'instrument était descendu dans le vagin.

La dilatation fut rapide sous l'influence des douleurs et de la poche des eaux. Vers 9 heures, le forceps amena un enfant chétif, mais très vivant. A partir de ce moment, M^{me} B... n'eut plus la moindre convulsion. Dès le soir, elle recouvra connaissance. Elle se serait probablement remise assez promptement, si des accidents puerpéraux ne l'avaient enlevée dix jours après.

OBSERVATION XLV

(Résumée)

Dr Lugeol (*Archives de Tocologie*, 1886)

Eclampsie grave. Provocation de l'accouchement avant tout travail. Guérison. Enfant vivant.

Fille-mère, primipare, au huitième mois de la grossesse. Depuis le sixième mois, elle offrait tous les symptômes de l'albuminurie. Dans la nuit du 9 au 10 janvier 1886, elle eut des douleurs de tête violentes, fut très surexcitée et, à 4 heures du matin, éclata la première attaque d'éclampsie. Jusqu'à

7 heures et demie, sept accès ; et la température de 36°5 au début monta graduellement à 37°6. Le pouls, de 108, tomba à 106.

A ce moment, 2 grammes de chloral en lavement.

De 7 heures et demie à 11 heures, trois attaques. Pouls 104. T. 39. Le coma du dernier accès a duré 26 minutes.

Pas de commencement de travail, le col a toute sa longueur. Voyant la marche de la maladie, je me décide à provoquer l'accouchement.

Je fais administrer le chloroforme et j'introduis le dilateur de Tarnier.

De midi à 1 heure 1/4, quatre accès ; après le dernier, pouls 150. T., 39°6.

La face est congestionnée, le pouls fort et plein. Saignée de 200 grammes, après 2 grammes de chloral. La dix-septième attaque n'a lieu qu'à 3 heures.

Le travail a marché : écoulement du liquide amniotique qui entraîne le dilateur. Col complètement effacé.

A 7 heures, dix-huitième attaque. T., 40°6. Pouls, 110. Seconde saignée de 200 grammes.

Après l'attaque, col dilaté comme une pièce de un franc. A partir de ce moment, le travail marche avec rapidité. A minuit, l'accouchement est terminé. Présentation du sommet en O I G A.

Garçon pesant 1.900 grammes. Il est envoyé en subsistance à l'hospice des enfants.

Délivrance naturelle. La malade dort profondément. Pouls, 72. T., 37°, une heure après.

Suites de couches : La malade reprend connaissance le lendemain. Il y a de l'agitation, de l'insomnie les cinq premiers jours. La température s'élève à 39°6 (deuxième et troisième jours). Les urines, fortement albumineuses, sont peu abondantes.

Au sixième jour, la miction devient plus facile, les urines sont plus abondantes, moins albumineuses. Cependant, au douzième jour, malgré le régime lacté, elles contenaient encore de l'albumine.

OBSERVATION XLVI

(Résumée)

D^r Varnier (*Revue Obstétrique et Pædiatrie* 1888)

T..., Marie, primipare, 21 ans, entre le 1^{er} novembre 1886, à 7 heures du soir, à la Maternité de Lariboisière.

A toujours joui d'une santé parfaite. Dernières règles au commencement de mars. Rien d'anormal au début de la grossesse.

En septembre (6^e mois) violents maux de tête, troubles de la vue, bourdonnements d'oreilles. Plus récemment œdème des membres inférieurs et douleurs épigastriques. Aucun traitement.

1^{er} novembre. — Au matin, T... est prise d'éclampsie : 7 accès dans la journée. On l'apporte en brancard à la Maternité à 7 heures du soir. Elle est dans le coma. Accès fruste.

Examen à l'entrée : coma, pupilles contractées. Bouffissure de la face ; œdème peu marqué des membres inférieurs. Urine se prenant en masse par la chaleur. Pas de début de travail. Enfant vivant en O I D P.

Lavement avec 6 grammes de chloral.

A 9 h. du soir, 9^{me} accès. Inhalations de chloroforme pendant la première moitié de la nuit.

La malade sort du coma le 2 novembre, vers 7 heures du matin. A la visite elle est assez bien. Respiration, 20. Pouls, 84. T. 36°4.

Régime lacté.

3 novembre. — Nuit bonne. T. matin, 35°6. Céphalée. La mémoire revient.

4 novembre. — Nuit calme. Régime lacté : 3 litres d'urine en 24 heures ; 2 grammes d'albumine.

La céphalée augmente, troubles de la vue, surdité.

5. — La malade est moins bien : regard étrange ; les douleurs de tête augmentent, un litre d'urine en 24 heures, 7 gr. d'albumine.

Nouveau lavement purgatif.

Le soir, à 6 h. 1/4, 10^{me} accès éclamptique. Lavement, 4 gr. de choral.

A 9 heures, 11^{me} accès. T., 36°8. Pouls, 111.

Chloral, chloroforme.

7 et 8. — Rien de nouveau ; même traitement : régime lacté absolu. Eau-de-vie allemande, 15 gr.

9. — A 3 heures soir : 12^{me} accès éclamptique. T., 36°8; Pouls, 96.

10. — Céphalée et troubles visuels plus intenses : la malade distingue à peine les objets environnants, l'ophtalmoscope révèle une congestion interne des vaisseaux et de l'œdème des papilles.

L'enfant vit.

En présence de ces symptômes, M. Pinard se décide à provoquer l'accouchement.

A 10 heures, il introduit dans l'utérus un ballon excitateur de Tarnier.

A 11 heures 1/2, premières douleurs.

A 4 heures, le ballon est engagé dans le col. A 6 heures 1/2, il est expulsé.

11 novembre. — Les douleurs plus faibles reprennent vers 3 heures du matin ; col effacé. La dilatation commence. L'enfant vit. Urine : 2 litres ; albumine : 1 gr. 50. A 3 h. 1/2, 13^{me} et dernier accès ; chloroforme de 3 heures à 6 heures 1/2 ; 12 grammes de chloral en 24 heures. Le travail continue.

A 11 heures du soir on entend encore les bruits du cœur fœtal.

12 novembre. — 9 heures du matin : rupture spontanée de la poche. On n'entend plus les bruits fœtaux : dilatation comme deux francs.

Dilatation complète à 3 heures soir : contractions faibles, peu rapprochées.

3 heures 45. — M. Lepage fait une application de forceps : enfant de 1.500 gr., mort pendant le travail.

Légère hémorragie : délivrance naturelle 10 minutes après l'accouchement. Placenta farci de foyers hémorragiques anciens et récents.

Le soir : T., 37°. Etat presque comateux.

13 novembre. — Etat meilleur : quelques troubles de la vue.

T. matin, 36°6. Soir, 37°6.

1 gramme d'albumine par litre d'urine. Régime lacté.

14 novembre. — T. matin, 36°8. Soir 37°6.,

Malade somnolente, maux de tête; quantité d'urine : 1 litre ; albumine : 1 gr.

15. — 1 heure matin : agitation; chloral, 6 gr. en lavement. Urines : 1 litre 1/2 ; albumine : 0 gr. 50 par litre.

16. — Amélioration sensible qui se continue les jours suivants ; et le 27, la malade n'a plus d'albumine.

Elle quitte la Maternité le 29 novembre, bien portante.

OBSERVATION XLVII

Dr Bué (*In Archives Tocologie*, 1896)

Fany Marie, primipare, 29 ans, entre le 3 octobre à 7 heures du matin.

Bouffissure de la face, paupières œdématisées, céphalalgie frontale, œdème des grandes lèvres, pas de travail. Régime lacté, chloral.

150 grammes d'urines en 24 heures : 27 grammes d'albumine par litre.

4 octobre. — 6 heures du soir : 1^{er} accès éclamptique, chloroforme.

8 heures soir : 2^{me} accès, chloroforme, mouchetures sur les grandes lèvres. Saignée, 500 grammes. Sérum artificiel, 450 grammes. Chloral.

9 heures : 3^{me} accès.

Au toucher : tête mobile au-dessus du détroit supérieur ; Col en voie d'effacement, bords souples, perméables à deux doigts. Etat général inquiétant.

A 10 heures, sous chloroforme, ballon Champetier. Au réveil, chloral et morphine.

Plus d'accès convulsifs.

A 5 heures matin, accouchement : enfant vivant du poids de 2 kilog. 750. Etat demi-comateux. '

5 octobre. — Urines plus abondantes : albumine, 3 grammes. Régime lacté.

Suites de couches normales, guérison.

OBSERVATION XLVIII

(Résumée)

Woyer (*Centralbl. für Gyn.*, 30 mars 1895)

Un cas d'Eclampsie pour la mère et l'enfant.

Femme de 30 ans. Primipare. Est amenée dans le coma éclamptique à la clinique de Schauta. Elle a eu deux attaques au dehors et plusieurs autres après son entrée.

L'urine est rare et renferme 9 grammes d'albumine par litre.

L'enfant est vivant et se présente en O I G A.

L'état reste grave, on provoque l'accouchement avec le colpeurynter et on extrait par la version une fille qu'on doit ranimer. Il y a encore de petits accès, mais bientôt la femme reprend connaissance.

Suites de couches normales. Guérison.

L'enfant est prise vers cinq heures après sa naissance, d'un accès convulsif très analogue à une attaque d'éclampsie.

Elle a ainsi plusieurs attaques. Chaque fois, on parvient à la ranimer par la respiration artificielle, les frictions.

Elle succombe au sixième accès.

OBSERVATION XLIX

Robert Murray (*New-York Méd. J.*, 16 mai 1885), rapporte un fait d'éclampsie puerpérale qu'il a eu l'occasion d'observer. Il a employé successivement chloral, bromure de K., chloroforme, poudre de jalap. Rien ne réussit. Il eut recours à l'accouchement prématuré provoqué à l'aide du ballon de Barnes, puis fit une application de forceps. Guérison maternelle, (fœtus ?)

OBSERVATION L

(Résumée)

Dr Bottiau (In Thèse Paris, 1895)

Eclampsique, accouchement accéléré. Mort de la mère et de l'enfant.

Le 9 février, à une heure du matin, on amène à la Pitié une femme enceinte de 7 mois dans le coma, qui est transportée salle Grisolle. L'interne de garde prescrit douze ventouses scarifiées dans la région lombaire et des ventouses sèches. On l'amène dans le service d'accouchement à 9 heures du matin.

A son entrée, on constate que la malade est dans le coma. Respiration bruyante, stertoreuse, face pas trop cyanosée, pouls assez rapide mais non irrégulier.

Température, 36°8.

Du côté de l'abdomen, l'utérus remonte à un travers de doigt au dessus de l'ombilic. Sa tension est telle qu'elle rend la palpation impossible. Des caillots remplissent le vagin. Par le toucher, on arrive sur le col qui est en voie d'effacement et très rigide.

A travers le segment inférieur, on sent un sommet peu engagé.

On entend pas les bruits du cœur fœtal. On sonde la malade et on retire environ 40 grammes d'urine très albumineuse. L'auscultation de la poitrine est rendue impossible par suite du râle trachéal continu.

Diagnostic : éclampsie chez une femme enceinte de sept mois et demi à huit mois environ.

Le chloroforme est donné d'une façon continue. Saignée de 150 grammes environ, lavement purgatif du codex. On n'a pas le temps d'administrer un lavement de chloral. On essaie en vain l'introduction d'un ballon de Champetier et l'on arrive qu'à rompre les membranes.

Liquide amniotique normal.

Le col est presque complètement effacé ; il n'y a plus qu'un bourrelet, il est dilatable comme 5 francs environ. Application des trois branches de l'écarteur Tarnier, à 11 h. 10 ; mais le col est dur et se dilate lentement.

Pendant ce temps, on peut tout au plus sentir une contraction utérine.

La malade a un accès, avorté aussitôt grâce au chloroforme ; mais au lieu d'avoir le faciès congestionné, est au contraire très pâle.

Quelques moments après, le poulx bon jusqu'à là tombe brusquement, disparaît ; la respiration se suspend et la malade meurt, malgré les injections d'éther et de caféine, les tractions rythmées de la langue, les frictions sur le thorax et la respiration artificielle.

A 11 h. 45, la dilatation est suffisante. On brusque alors l'application de forceps et on extrait un enfant mort, cyanosé, mais non macéré. Poids 1,350 grammes.

OBSERVATION LI

Dr Danger (Thèse de Montpellier, 1899)

Accouchement activé. Guérison de la mère. Enfant vivant.

28 octobre 1897. B., 20 ans. Primipare, neuf mois O I D P. Albuminurie 1/15 du volume. Un accès à minuit, pas de dilatation. Deux, trois, quatre accès, sans dilatation. Chloroforme à dose peu massive. Cessation des accès. Cinquième accès, à 5 heures du matin. Sixième, à 6 heures, légère dilatation, le col se laisse franchir par l'extrémité unguéale de l'index. Dilatation lente, manuelle : deux doigts, trois doigts. Septième accès, chloroforme jusqu'à résolution complète. Introduction, sous la surveillance de M. Marini, chef de clinique, du dilateur à trois branches de Tarnier. Dilatation complète à 6 heures 1/2. Forceps Tarnier en O I D P. Mère guérie, enfant vivant, 3.200 grammes. Légère hémorragie post partum.

Régime lacté le 17 novembre. La dame B... n'a plus d'albumine.

OBSERVATION LII

D^r Danger. — *Accouchement activé. Dilatateur Tarnier. Guérison maternelle.*

C..., Joséphine. Primipare, 20 ans, 8 mois. O I G A. Entrée à l'hôpital dans un état semi-comateux, 16 mai 1897, à 3 heures du soir. Urines très albumineuses. Crises éclamptiques intenses, d'heure en heure. A 7 heures, application, sous chloroforme, du dilatateur Tarnier. Dilatation rapide. Application de forceps, extraction d'un fœtus dont le cœur bat mais qui ne peut être ranimé. Mère guérie un mois après.

Poids du fœtus, 1.740 grammes.

OBSERVATION LIII

D^r Danger. — *Accouchement activé. Guérison maternelle. Enfant vivant.*

18 septembre 1897. B. C..., Caroline, 22 ans. Secondipare. 9 mois. O I G P. Premier accouchement en 1896, avec accès éclamptiques. Du 10 au 18 septembre 1897, pertes hémorragiques assez abondantes. Albuminurie 1/10 du volume. 18 septembre, douleurs utérines, à 8 heures, premier accès éclamptique. Dilatation digitale. Ballon Champetier de Ribes. Chloroforme. A deux heures, expulsion du ballon, caillots sanguins. Chloroforme, application du dilatateur Tarnier. Dilatation complète une demi-heure après. Application du forceps en O S. Délivrance artificielle. Lavage intra utérin. Légère déchirure du périnée : quatre points de suture. (Durée du travail, environ sept heures). L'enfant, né en état de mort apparente, est ranimé. Il pèse 1800 grammes. Guérison maternelle.

OBSERVATION LIV

D^r Danger. — *Eclampsie. Coma profond. Accouchement forcé. Guérison maternelle. Enfant mort avant l'intervention.*

B..., Marie, 26 ans, 1^{re} pare, enceinte de huit mois, entre à la Maternité d'Alger le 4 décembre 1893. Fin novembre, premiers

signes de l'intoxication. 4 décembre, violent mal de tête, troubles visuels. Dès le matin, premier accès éclamptique. Quatre crises avec coma jusqu'à 6 heures du soir. Elle est alors amenée à la Maternité. Saignée de 400 grammes. Deux lavements de chloral de quatre grammes chacun (le premier n'est pas gardé). Ventouses scarifiées aux apophyses mastoïdes. Chloroforme. Examen obstétrical O I G A. Pas de travail, col non effacé. Orifice interne permettant à peine le doigt. Bruits fœtaux imperceptibles, pas de mouvements actifs.

Urines boueuses, grande quantité d'albumine, 26 grammes par litre.

Trois nouvelles crises, 7 h. 30, 8 h. 25, 9 heures soir. T., 36°. Pouls, 120.

Pendant la nuit, chloral 12 grammes en lavements, 100 gr. chloroforme. Plus de crises.

Le 5 novembre, — Coma continu, pas de travail, anurie absolue. A 9 heures, fœtus certainement mort, accouchement provoqué, dilatateur métallique de Tarnier. Rupture artificielle de la poche des eaux. Deux tentatives d'application du forceps : insuccès.

Entre 11 heures et 1 heure du soir, deux injections de caféine et d'éther. Coma. Pas de crises. T., 35°5, à 1 heure soir. Introduction du dilatateur de Tarnier. Chloroforme. Incisions du col au bistouri boutonné : forceps. Enfant mort, épiderme macéré, poids 2.950.

La malade sort du coma vers 6 heures du soir. Soins antiseptiques sérieux. La malade se lève le 30 décembre et sort guérie de l'hôpital.

OBSERVATION LV

D^r Danger. — *Eclampsie : saignée, anesthésie. Souffrance du fœtus : dilatation rapide avec la dilatateur de Tarnier. Enfant mort. Mort de la mère.*

V..., M., 21 ans, secondipare, 29 octobre 1894. Depuis deux jours malade ; elle a eu avant son entrée à la Maternité sept crises éclamptiques. Grossesse de 9 mois, fœtus vivant.

Chloroforme à petites doses, chloral en lavement. Le 30, à 9 heures matin, saignée de 300 grammes, 12 sangsues à l'apophyse mastoïde ; état semi comateux. A 3 heures soir, nouvelle crise : les bruits fœtaux faiblissent (100 pulsations). Dilatation rapide avec le dilateur Tarnier. Application de forceps en O I G A. Enfant mort. Délivrance artificielle immédiate.

Coma complet, pouls fuyant, misérable, mort de la mère.

OBSERVATION LVI

D^r Danger. — *Eclampsie. Chloral, chloroforme, accouchement accéléré : dilateur de Tarnier. Enfant vivant. Guérison maternelle.*

S..., J., 27 ans, I pare, 27 décembre 1897, entre à la Maternité d'Alger, à 8 heures du soir, en accès éclamptique : quatorze attaques en 12 heures, malgré chloral et chloroforme. MM. Moggi et Bonnard essaient en vain d'appliquer le ballon de Champetier. Ils placent le dilateur de Tarnier. Le col se dilate difficilement. Présentation du tronc. Version par manœuvres internes : manœuvre pénible. L'enfant arrive en état d'asphyxie. Il est ramené et pèse 2 kilogs 800 grammes.

Hémorragie nécessitant délivrance artificielle.

Les crises disparaissent complètement. La mère sort guérie 3 semaines après.

OBSERVATION LVII

(Inédite)

(Résumé d'après l'observation consignée dans les Registres de la Maternité hospitalière de Nantes, 1893)

Eclampsie. Nombreux accès. Accouchement hâté par l'emploi de sonde intra utérine. Guérison maternelle. Enfant mort.

La nommée L..., Marie, 36 ans, tailleuse, entre à la Maternité hospitalière de Nantes le 17 mars 1893. C'est une V geste.

Elle présente à la sage-femme qui l'examine, quelque chose d'extraordinaire dans les gestes et le regard. Elle se dit être prête à accoucher, mais l'examen obstétrical montre qu'elle est enceinte d'environ huit mois. Le travail n'est pas commencé.

Cette femme se plaignant de fortes coliques, on la conduit au cabinet d'accouchement vers 10 heures du soir, le 18 mars, et on la fait surveiller par plusieurs élèves sages-femmes.

La nuit se passe sans incidents ; la malade s'endort. Pas de travail.

A 6 heures du matin, la femme crache du sang et paraît être dans le coma. Sur la langue, légère érosion de la muqueuse.

Quelques minutes après, accès éclamptique suivi bientôt d'un second.

M. Crimail, chef du service, décide de laisser le travail évoluer spontanément et prescrit : hydrate de chloral, 4 grammes, et inhalations intermittentes de chloroforme. Pas de saignée.

Les urines, examinées alors, sont nettement albumineuses.

Les accès, d'abord plus espacés, se rapprochent ensuite. Voici les moments exacts de leur apparition.

Le matin : 6 h. 1/2, 7 h., 7 h. 1/2, 8 h., 9 h. 20, 11 h. 20 ;

Le soir : midi, 1 h., 1 h. 25, 2 h., 2 h. 1/4, 3 h., 4 h.

Leur durée est de une à deux minutes.

A 4 heures, dilatation cervicale de 2 francs. M. Crimail ordonne d'accélérer le travail par l'introduction de bougies entre la paroi interne de l'utérus et les membranes. Nouvelle potion au chloral.

Les bruits du cœur du fœtus ne s'entendent plus.

Nouveaux accès à 4 h. 5, 4 h. 50, 5 h. 30, 6 h. 20, 6 h. 30, 7 h. 20, 8 h. 15.

A 8 h. 20, mise en place de deux sondes armées d'un mandrin. Le travail marche plus rapidement.

Accès à 8 h. 20, 8 h. 30, 9 h. 10, 9 h. 15, 10 h. 15.

La dilatation dépasse 5 francs.

Accès à 11 h., 11 h. 1/4. Dilatation complète. Rupture de la poche des eaux.

Accouchement à minuit : enfant mort, délivrance naturelle.

Deux crises aussitôt, la première longue et violente (3 minutes de durée), la seconde plus forte encore (4 minutes). A 3 heures, dernière crise, très courte (1 minute).

La malade reprend connaissance dans la journée. Le soir, vers 9 heures, délire incohérent et intermittent : l'interne du service prescrit du chloral au bromure de K. et fait une injection de morphine. Le lendemain, nuit encore agitée. Puis les accidents disparaissent et la malade a des suites de couches normales.

OBSERVATION LVIII

Dr Bué (In *Archives de Tocologie*)

Lob, Julienne, primipare, 16 ans. Entre le 20 octobre 1896.

Le 27, à 9 heures du matin, albuminurie, maux de tête.

8 heures soir : premier accès éclamptique ; chloroforme, saignée de 300 grammes. Sérum, 450 grammes.

Femme en travail, dilatation de 2 centimètres, tête engagée, contractions faibles, espacées ; chloral.

Sonde dans l'utérus ; une heure après, contractions plus fortes.

28. — 5 heures matin, deuxième accès.

A 11 heures, expulsion spontanée d'un enfant vivant allaité par sa mère.

OBSERVATION LIX

Dr Lize (*Annales de Gynécologie*, 1874)

Eclampsie au 8^e mois. Traitement par le chloral, la morphine, la dilatation du col et l'accouchement. Guérison.

Primipare, 22 ans. Urines albumineuses. Œdème des extrémités inférieures. Accès éclamptiques toutes les 20 minutes.

Pas de travail. Lavement avec chloral, 2 grammes. Injection de morphine, 0 gr. 02 centigr.

Dilation avec une pince. Nouvelle attaque ; 2^e lavement de chloral ; 2^e injection de 3 centigrammes de morphine. Léger accès deux heures après ; 3^e lavement.

L'accouchement se fit deux heures plus tard.

Enfant mort. Plus d'attaques.

Guérison.

OBSERVATION LX

(Résumée)

Dr Chambrelent (*Journal Médecine de Bordeaux*, 6 mars 1887)

*Eclampsie grave au 8^e mois. Provocation de l'accouchement.
Cessation des attaques. Guérison.*

Le 23 janvier 1887, je fus appelé par M^{me} Laffiteau, sage-femme à Bacalan, à voir une de ses clientes, arrivée au 8^e mois de sa grossesse et qui venait d'être prise de convulsions éclamptiques.

Il s'agissait d'une jeune femme de 22 ans, forte et bien constituée. Deux avortements antérieurs, jamais de grossesse à terme.

Grossesse actuelle normale jusqu'au 7^e mois.

A 7 mois et demi, douleurs de tête ; léger œdème des membres inférieurs.

Dans la soirée du 22 janvier, troubles de la vue ; le 23, à 8 heures du matin, 1^{er} accès éclamptique.

Accès nombreux et violents empêchant le transport de la malade à la Maternité. A 6 heures du soir, je suis appelé auprès d'elle. Je la trouve plongée dans le coma. Bientôt, attaque d'une violence et d'une durée considérables. La période convulsive dura près de trois minutes. C'est la 15^e attaque. Diagnostic obstétrical : grossesse de huit mois, fœtus en occipito iliaque, gauche antérieure, tête dans l'excavation ; enfant vivant ; col en partie effacé, nullement dilaté.

Quelques instants avant mon arrivée, saignée de 400 gr. J'ordonne un lavement de chloral et une potion de bromure de potassium.

A 10 heures du soir, je revois la malade : même état, attaques aussi intenses ; 18 attaques. Température axillaire, 39° ; pouls, 120. Du côté de l'utérus, pas de contractions, col toujours dans le même état. Application de six sangsues aux apophyses mastoïdes : inhalations de chloroforme.

Le lendemain, 24 janvier, à 10 heures du matin : 28 attaques ; quelques contractions utérines, pas de dilatation ; bruits du cœur normaux en avant, à gauche, au-dessous de l'ombilic.

L'intervention obstétricale est décidée. Une sonde est introduite dans l'utérus, la situation de la femme me paraissant à peu près désespérée et le fœtus vivant.

A 2 heures, je suis mandé près de la malade ; les douleurs se sont manifestées après l'introduction de la sonde ; trois nouvelles attaques aussi longues et aussi intenses.

La tête est dans le vagin. Application de forceps ; enfant mort probablement pendant le passage de l'orifice cervical.

Délivrance normale ; pas d'hémorragie ; trois nouvelles attaques moins intenses ; dernière attaque légère à 6 heures du soir.

A 10 heures : T., 40°5 ; pouls, 120. Coma profond.

Le lendemain matin, coma moins profond ; la malade peut avaler un peu de lait et de la potion bromurée.

Le soir, la malade ouvre les yeux, ne répond pas encore aux questions posées ; urines abondantes, 10 grammes d'albumine par litre. Température, 38°6.

Le lendemain, la malade a repris connaissance ; continuation du traitement ; régime lacté absolu.

Les jours suivants, l'état va en s'améliorant. La femme se lève le 9^e jour. Plus d'albumine. Quelques jours après, elle reprend sa vie habituelle.

OBSERVATION LXI

(Résumée)

Dr Triaire' (*Archives Tocologie*, 1880)

Eclampsie au huitième mois de la grossesse. 35 accès. Chloroformisation et dilatation du col par l'éponge préparée. Présentation de la face. Forceps. Guérison de la mère.

M^{me} D..., primipare, 28 ans, enceinte de huit mois, grande, brune, bien constituée. Grossesse normale : seulement un peu d'irritabilité de caractère.

Le 2 novembre 1879, à 2 heures du matin, premiers accès éclamptiques : 7 en cinq heures. A 7 heures, visage congestionné presque livide. Lèvres turgescentes, morsures de la langue. Perte de connaissance. Pouls à 90. Col utérin mou et flottant. Orifice interne complètement fermé. Aucun signe de travail. Battements du cœur faibles. Urines très albumineuses.

Accès toutes les demi-heures, très intenses.

Prescription : 12 sangsues. Lavement de chloral, 6 grammes. Potion bromurée éthérée.

De 7 heures à midi 20. — Treize accès. A ce moment, aucun signe de travail. Pouls à 85. On ne distingue qu'imparfaitement les battements du cœur du fœtus.

Provocation de l'accouchement au moyen d'une éponge préparée.

Inhalations de chloroforme jusqu'à narcose anesthésique pendant deux longues heures. A 2 heures, le chloroforme est supprimé.

2 h. 1/2 21^e accès.

2 h. 50 22^e »

3 h. 10 23^e »

3 h. 1/2 24^e »

3 heures. — L'éponge est retirée, col effacé, commencement de dilatation qui permet l'introduction de la pulpe du doigt.

Rupture des membranes. Réapplication de deux éponges bien ensemble. Chloroforme.

4 h. 1/2 25^e accès.

6 h. 26^e »

5 heures. — Contractions utérines régulières. Dilatation plus avancée. Présentation M I G A.

6 heures. — L'orifice incomplètement dilaté permet cependant de tenter l'extraction instrumentale de l'enfant.

6 h. 20. — 27^e accès, pendant que l'on met la femme en position obstétricale. Application de forceps. Enfant mort.

6 h. 40. — Délivrance, pas d'accès.

45 grammes de chloroforme ont été employés. Suppression du médicament.

8 accès dans la nuit jusqu'à cinq heures du matin. Coma. Urines très albumineuses, les 2, 3, 4, 5, novembre.

6 novembre : Pour la première fois depuis la veille de l'accouchement (31 octobre), quelques symptômes de retour au sentiment.

Douleurs et gonflement des seins. Ballonnement du ventre. Pouls, 125.

Pas de lochies.

7, 8 novembre : Quelques symptômes abdominaux.

A partir de ce moment, l'état de l'accouchée s'améliore et elle entre bientôt en convalescence.

OBSERVATION LXII

(Résumée)

Dr Lugeol (*Archives de Tocologie*, 1886)

Eclampsie. Accès nombreux. Température élevée. Provocation du travail. Mort avant l'accouchement.

Jeune fille mère, primipare. Un peu d'œdème aux malléoles. Urines peu abondantes, très albumineuses. Grossesse de 8 mois. Présentation du sommet. Le 10 décembre 1885, à 5 heures du matin, première attaque d'éclampsie. Pas de commencement de travail. De 5 heures du matin à 4 heures

du soir, 19 accès. Température variant de 38° à 41°. Les périodes de coma étaient particulièrement longues. La dernière avait duré une heure et demie et la malade ne reprenait plus connaissance dans l'intervalle des accès qui étaient subintrants. Le traitement avait consisté en lavements de chloral, 6 grammes en trois lavements. Anurie presque complète. La sonde ramène quelques cuillerées à café d'une urine rouge, trouble, dans laquelle l'acide azotique détermine un coagulum absolument compact. Pouls filiforme à 120. Le nombre des accès, l'élévation de la température, la prolongation du coma me firent porter un pronostic absolument fâcheux. Néanmoins, je voulus provoquer l'accouchement et introduisis dans le col un cône d'éponge préparée ; puis j'ordonnai de continuer le chloral. Il y eut environ 5 accès, le dernier à 8 heures et demie ; depuis le vingt et unième, le coma n'avait plus cessé. La femme succombe à 5 heures du matin sans avoir repris connaissance et sans avoir accouché, après 24 attaques. La température s'était maintenue à 41°.

OBSERVATION LXIII

In Thèse Dr Picard, Paris, 1882

M^{me} M..., 22 ans, primipare.

15 jours avant terme : œdème des membres inférieurs, urines albumineuses.

10 jours après, éclampsie.

Provocation du travail par douches, éponges, dilatateur de Tarnier.

Quelques accès.

M. Guignard mit une sonde. 10 heures après, accouchement d'un enfant mort et macéré. La mort remontait à 15 jours. Guérison maternelle.

OBSERVATION LXIV

Dr Viaud-Grand-Maraïs (In Thèse Dr Lacambre)

Le 25 février 1873, vers 9 heures du matin, je fus appelé près de M^{me} O..., habitant rue Saget, à Nantes, et enceinte de 8 mois à 8 mois et demi.

Cette femme, âgée de 25 ans, grande et forte, présentait un œdème considérable des membres inférieurs et de la vulve, et venait d'avoir une perte de connaissance complète, précédée de troubles nerveux graves. Peu de temps après mon arrivée, elle fut atteinte, sous mes yeux, d'une attaque d'éclampsie très nette. Une petite saignée la fit disparaître. Les accès s'étant répétés, très fréquents, dans la matinée, malgré l'emploi du chloroforme qui avait paru les calmer au début, et, la malade restant dans un état comateux des plus graves, je dus avoir recours à l'accouchement provoqué. Des douches vaginales d'eau tiède furent dirigées sur le col utérin, lequel ne tarda pas à se ramollir. La malade n'avait aucune connaissance de ce qui se passait. Dès que l'orifice cervical permit l'introduction du doigt, la canule fut introduite entre les parois utérines et l'œuf, et lorsque le décollement me sembla suffisant, et suffisante la dilatation du col, je perçai la poche des eaux et attendis une demi-heure. Aucun travail ne s'établit. Reconnaissant une présentation latérale du tronc, j'allai chercher les pieds. La version se fit sans trop de difficulté.

L'enfant présentait une congestion très prononcée de la face, et quoique le dégagement de la tête eut été très rapide, la respiration ne put être rétablie. L'inertie utérine qui avait accompagné l'accouchement persista après la délivrance et donna lieu à une hémorragie que j'arrêtai à l'aide d'injections et de l'introduction de la main dans l'utérus. Les convulsions s'éloignèrent, puis prirent fin. Mais ce n'est que le lendemain soir que la malade revint complètement à elle. Elle ne conserva aucun souvenir de ce qui s'était passé.

Depuis, elle est accouchée plusieurs fois sans le moindre accident.

OBSERVATION LXV

(Résumée)

Dr Triaire (In *Archivés de Tocologie*, 1880)

M^{me} X..., 25 ans, primipare. Pendant la grossesse, léger œdème des membres inférieurs. Insomnie, céphalée sans troubles de la vue pendant la dernière période de la gestation.

Crises éclamptiques le 11 mai 1879. 7 accès avant l'arrivée du médecin. A ce moment, la parturiente est insensible et sans connaissance, faisant entendre à distance ce bruit stertoreux de la respiration, si caractéristique, qui suit la crise éclamptique. Face vultueuse. Langue mordue et épaissie. L'utérus, à terme, s'élève à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic : Au toucher, on constate qu'il n'y a pas encore de travail appréciable : Col long et flottant ; orifice externe évasé, orifice interne non perméable.

L'auscultation fait entendre les battements du cœur de l'enfant.

Urines fortement-albumineuses.

Pendant l'examen, une crise éclamptique : Elles se succèdent toutes les demi-heures.

Prescriptions : 6 sangsues à chaque apophyse mastoïde. Lavement chloral, 5 gr. Douches tièdes sur le col pendant 20 minutes, répétées toutes les heures. 4 nouvelles attaques jusqu'à 1 heure. Col alors effacé, l'orifice de dilatation laisse introduire la pulpe du doigt. Présentation du sommet en D. A. Contractions utérines.

Crises plus fréquentes : inhalations de chloroforme au début de chaque crise, suspendues pendant l'accès lui-même, puis continuées tant que persistent l'inquiétude et l'agitation, jusqu'à ce que la patiente soit retombée dans le sommeil.

- | | | |
|-----------|-----------------|---------------------|
| 1 h. 20 : | 14 ^e | attaque plus courte |
| 2 h. 30 : | 15 ^e | — longue |
| 4 h. 30 : | 16 ^e | — courte |
| 5 h., | | pas d'attaque. |

A ce moment, dilatation d'un franc. Rupture des membranes.
Suppression du chloroforme.

5 h. 20 : 17^e attaque

5 h. 40 : 18^e —

6 h. : 19^e —

6 h. 10 : 20^e —

Col dilatable : application de forceps : extraction d'un enfant vivant et qui a vécu.

Dans la nuit, huit autres attaques, ce qui porte le nombre à 28. Le lendemain, l'accouchée reste encore toute une journée sans connaissance, mais peut prendre du bouillon, de l'eau sucrée. Le soir, elle recouvre le sentiment. Suites de couches normales. M^{me} X... allaite son enfant.

OBSERVATION LXVI

(Résumée)

Triaire (*Archives Tocologie*, 1880)

Eclampsie à 8 mois 1/2 de la gestation enrayée par la chloroformisation, se reproduisant aux termes de la grossesse et traitée par le chloroforme et l'application de douches utérines. Présentation de la face. Version. Guérison de la mère.

M^{me} T., 27 ans, primipare. Pas d'accidents jusqu'au huitième mois de la grossesse. A cette époque, œdème de la face. Pas d'œdème des extrémités, pas de troubles visuels. Le 1^{er} juillet 1879, au milieu du neuvième mois de gestation, première attaque d'éclampsie à 10 heures du matin. Les accès se succèdent de demi-heure en demi-heure jusqu'à midi. Perte de connaissance, face congestionnée, pouls 90. Col long, orifice interne imperméable. Battements cardiaques du fœtus sensibles à l'auscultation. Urines albumineuses.

Prescriptions : Lavement de chloral 5 gr., potion bromurée éthérée. — Cinq nouvelles attaques en deux heures. Inhalation de chloroforme.

1 heure..... 11^e attaque

2 h. 1/2..... 12^e attaque

C'est la dernière. A 4 heures, la chloroformisation est cessée.

La grossesse continue son cours.

15 jours après : M^{me} T..., qui a repris ses occupations et est arrivée à terme, est reprise de nouveaux accès. 6 avant l'arrivée du médecin. Col utérin à peu près effacé. Orifice à peine entr'ouvert. Plus de bruits du cœur du fœtus.

Prescriptions : Douches d'eau tiède sur le col. 15 minutes de durée, répétées toutes les heures.

Chloroformisation :

9 h. 1/2..... 7^e accès

9 h. 50..... 8^e accès

La chloroformisation est recommencée à 10 heures.

10 h. 1/2..... 9^e accès

Midi..... 10^e accès

La dilatation marche rapidement. 11 heures, rupture artificielle des membranes : Présentation de la face M I D A.

A 1 heure, col dilatable pour permettre la version et extraire un enfant mort.

Avec l'accouchement disparaissent les crises pour ne plus se reproduire. Le lendemain matin, la femme a repris sentiment. Suites de couches régulières. Guérison.

OBSERVATION LXVII

(Résumée)

Dr Turgart (*In Journal des Sages-femmes*, 10 juillet 1884)

Il s'agit d'une femme de 23 ans, primipare, ayant un bassin oblique ovalaire gauche et des accidents d'éclampsisme.

M. Pilat provoque l'accouchement prématuré à 8 mois.

Il emploie les irrigations vaginales avec de l'eau à 30°. Le travail se déclare dès la deuxième irrigation. Huit ou neuf heures après, accès éclamptique d'une demi-minute de durée,

auquel succède une seconde attaque plus violente. Accouchement par le forceps. Fille vivante de huit mois, pesant 2 k. 100. Délivrance peu après. On donne à l'accouchée 50 centigrammes d'ergot et une potion avec 4 grammes de chloral.

Les accès se reproduisent et la malade succombe 45 heures après.

A l'autopsie, lésions de néphrite parenchymateuse ancienne.

OBSERVATION LXVIII

(Résumée)

D^r Triaire (*In archives de Tocologie*, 1876)

*Eclampsie à la fin de la grossesse chez une femme de 48 ans.
Chloroformisation. Dilatation artificielle du col. Enfant vivant.
Guérison.*

M..., 48 ans, arrivée au terme de la grossesse, est prise dans la nuit du 24 au 25 mai de céphalalgie intense, d'agitation, puis de crises éclamptiques avec coma.

Grossesse pénible : c'est la 3^e, et le dernier des enfants a 16 ou 17 ans. A 11 heures : examen de la malade : visage congestionné, pouls régulier, peu ample. Œdème des membres inférieurs. Il est impossible de savoir le nombre des accès antérieurs.

Enfant vivant. Col un peu effacé, toujours épais. Il permet juste l'introduction du doigt qui y est assez fortement serré. Présentation en O I G A.

Urines très albumineuses.

Traitement : Potion avec 4 gr. de chloral.

Compresses froides sur la tête.

2 heures soir. — 3 nouvelles attaques ont eu lieu. Le travail n'avance pas. Douche ascendante tiède sur le col utérin, de huit à dix minutes de durée.

3 heures. — Agitation extrême : chloroformisation jusqu'à résolution complète. De 3 à 5 heures : inhalations pendant l'agitation et abandonnées pendant le sommeil.

Douches cervicales à 3 h. 1/2 et à 4 heures.

4 h. 1/2. — Dilatation de plus d'une pièce d'un franc. Rupture de la poche des eaux. Les contractions deviennent alors régulières. Battements du cœur faibles, mais toujours perceptibles.

De 6 à 7 heures. — Le chloroforme est supprimé. Nouvelle série d'accès. Ils reviennent tous les quarts d'heure.

7 heures. — Le col est assez dilatable à 7 heures pour tenter une application de forceps. Nouvel accès. Application du forceps. Extraction pénible. Après un quart d'heure de tractions énergiques, expulsion d'un enfant mâle, petit, d'abord étonné, mais ramené bientôt à la vie.

8 heures. — Délivrance. Accès éclamptique.

20 mai. — Il n'y a pas eu d'accès. Coma continu. Pouls, 85. Urines albumineuses.

27 mai. — La malade sort par rares instants de sa torpeur.

28 mai. — Intelligence complète. Traces seulement d'albumine, P. 80.

29 mai. — Etat excellent. Pas d'albumine. La malade allaite.

Actuellement, 4 juillet, M^{me} X... est bien, a repris ses forces et continue l'allaitement.

OBSERVATION LXIX

Dr Azais (thèse de Lyon, 1891)

Fanny T..., 18 ans, primipare, prend une crise d'éclampsie le jour de sa rentrée à la Maternité, 25 septembre 1885. Les urines contiennent beaucoup d'albumine rétractile. Température 36°9. Col mou, légèrement dilatable. On le dilate artificiellement, on l'incise, on pratique la version. Enfant macéré. La malade sort du coma deux heures après la délivrance, qui a été normale. Température, 37°6. Traitement : eau alcaline, chloral, lait. La malade ne présente pas de nouveaux accès. La température s'élève alors jusqu'à 39°2. La mère sort de la Maternité complètement rétablie.

OBSERVATION LXX

(Résumée)

Dr Azais (*Loco citato*)

Primipare, 30 ans, grossesse de 8 mois. Crises éclamptiques survenues après les prodromes : troubles visuels et éblouissements. Première crise : 10 heures du matin ; 4 autres à intervalles différents. La malade ne reste plus dans l'état de coma.

Apportée à la Maternité à 3 heures. Col effacé, dilaté à un franc. Contractions utérines toutes les cinq minutes. Le fœtus vit encore. Mort imminente de la mère. Débridements multiples du col. L'enfant naît mort. La mère meurt peu après.

OBSERVATION LXXI

Dr Azais (Thèse Lyon)

Eclampsie. Accouchement accéléré. Incisions cervicales. Mort de la mère. Enfant vivant.

Rose L..., enceinte de sept mois et demi, a été amenée à la Maternité avec un commencement de travail et des accès éclamptiques.

T. 38°. Urines sans albumine. Enfant vivant.

Le lendemain, la malade tombe dans un état comateux.

Urines albumineuses. M. Vincent intervient, fait des incisions sur le col et extrait avec le forceps un enfant vivant. La malade meurt le lendemain de son accouchement après être restée deux jours dans le coma.

OBSERVATION LXXII

(Résumée)

Dr Lerat (*Gazette Médicale de Nantes*, 1882)

Eclampsie chez une primipare enceinte de huit mois. Débridement du col. Enfant vivant. Guérison.

Dans la nuit du 21 au 22 août 1882, M^{me} X..., primipare, 28 ans, enceinte de huit mois, est prise de convulsions éclamptiques.

Au huitième mois, violents maux de tête, nausées, œdème des paupières, de la face, du cou, des membres. Le 22, éclampsie : convulsions fréquentes, urines albumineuses.

M. le Dr Roux fait une saignée de 300 grammes. Lavement avec 4 grammes de chloral, inhalations de chloroforme. Aucun résultat.

Pas de travail ; à 3 heures, le soir, M. Roux rompt la poche des eaux. Début du travail, convulsions fréquentes.

Le 23, à trois heures du matin : coma absolu, respiration stertoreuse.

Col de l'utérus effacé, ayant une dilatation de 4 à 5 centimètres. Fœtus vivant, en O I D P.

7 attaques d'éclampsie en 3 heures et très violentes.

Les bruits du cœur du fœtus deviennent irréguliers. Le travail n'est pas plus avancé, les bords du col sont tendus et rigides. La mort de la mère est imminente, la vie de l'enfant menacée, débridement du col.

Application de forceps. Enfant vivant. Délivrance naturelle.

La malade est toujours dans le coma. Injection d'ergotine d'Yvon.

Nouvelle attaque après la délivrance ; puis trois, dans les dix heures qui suivirent, moins violentes et moins longues que les précédentes. Quelques frémissements convulsifs de temps à autre.

Le soir, l'écoulement de sang vulvaire est tari. Urines peu abondantes.

Le lendemain matin, vers 4 heures, 24 heures après accouchement, état extrêmement grave : visage livide, peau froide, respiration stertoreuse (60), râles trachéaux. Pouls ondulent, dépressible et rapide. Pupilles contractées : 12 ventouses sèches sur la région lombaire.

6 heures après, la malade est bien mieux : le coma est toujours profond, mais pouls mieux frappé, battant 130 fois à la minute, respiration moins pénible. (Purgatif drastique, glace sur la tête ; injection hypodermique de sulfate de quinine).

Le cathétérisme ne donne qu'un verre d'une urine très chargée.

Le coma persiste jusqu'au lendemain 25 août : un litre d'urine, moins d'albumine (vin hydragogue de Debreyne, purgatif drastique).

Le 26, la malade sortait complètement de sa torpeur. A partir de ce moment, la diurèse s'accroît, l'albumine diminue, l'œdème disparaît ; et 14 jours après le début des accidents, l'état de la parturiente est aussi satisfaisant que possible.

La guérison fut à peine entravée par l'œdème pulmonaire et une poussée de péricardite, accidents qui cédèrent à des moyens appropriés.

OBSERVATION LXXIII

(Résumée)

Dr Lerat (*Gazette médicale de Nantes*, observation de M. le Dr Rouxau)

Accès éclamptique chez une primipare. Provocation du travail par la rupture de la poche des eaux. Enfant vivant. Guérison.

M^{me} St. M..., 27 ans, I pare, grosse de 8 mois et demi, est prise de convulsions qui se rapprochent de plus en plus et

deviennent menaçantes. Coma absolu dans l'intervalle des accès. Deux saignées et un bain n'ont donné aucun résultat ; M. le Dr Rouxeau introduit avec peine l'index à travers le col utérin et rompt la poche des eaux. Le travail se dessine bientôt ; et, environ quatre heures après, la dilatation est suffisante pour permettre l'application du forceps et l'extraction d'un enfant vivant et bien conformé. Les convulsions cessent complètement, et, douze heures après, M^{me} St. M... reprend définitivement connaissance. La guérison fut rapide et sans entrave.

OBSERVATION LXXIV

Dr Lerat (*Loco citato*, observation de M. le Dr Rouxeau)

M^{me} L. L..., primipare, 25 ans, grosse également de 8 mois et demi, est prise d'accidents éclamptiques. L'introduction du doigt dans l'utérus et la rupture de la poche amniotique déterminent, comme dans le cas précédent, un travail assez rapide et l'on peut bientôt, avec le forceps, amener un enfant vivant.

Cessation immédiate des convulsions, guérison franche et prompte.

OBSERVATION LXXV

(Même origine)

Quelques semaines après le cas précédent, le Dr Rouxeau est adjoint au Dr Plihon pour assister M^{me} Dr., 18 ans, grosse de 7 mois, qu'une frayeur vive avait jetée dans des convulsions violentes et répétées. Travail nul, col long, conique et fermé. Les premières tentatives pour pénétrer dans l'utérus et rompre les membranes, restent infructueuses. Mais bientôt les attaques d'éclampsie et le coma consécutif deviennent si menaçants, qu'un nouvel effort est fait et couronné de succès. Ecoulement des eaux, manifestation de plus en plus active du travail, dilatation progressive, application du forceps,

extraction d'un enfant mort. Ici encore, cessation immédiate et définitive des convulsions, retour assez prompt à la connaissance et guérison rapide.

OBSERVATION LXXVI

(Même source)

Le Dr Rouxau rappelle encore un fait dont il a été témoin et qui présente, avec celui de M^{me} D..., une grande analogie.

Les internes de l'Hôtel-Dieu de Nantes sont réveillés une nuit pour un cas d'éclampsie albuminurique chez une femme grosse de sept mois environ, admise à la Maternité. Les moyens employés étant restés sans résultats, M. Legouais, professeur d'accouchements, est prié de se rendre auprès de la malade.

Sans la moindre hésitation, l'habile opérateur débride, avec des ciseaux, le col en trois ou quatre endroits, puis opère, au moyen du forceps, l'extraction d'un fœtus vivant, qui meurt au bout de quelques minutes. La femme se rétablit.

OBSERVATION LXXXII

(Résumée)

Dr Pros (*Archives Tocologie*, 1878)

M^{me} X..., 37 ans, III^e pare, enceinte de huit mois. Deux grossesses antérieures normales. Le 10 décembre, nuit agitée, deux vomissements bilieux, tension douloureuse dans la région du foie, le malaise disparaît ; et, à deux heures du soir, subitement, crise éclamptique qui dure jusqu'à 2 h. 35. Pouls, 80, temp. normale : faciès sans altération. Sinapismes, potion chloral.

2 h. 50, nouvelle crise plus forte, suivie d'une troisième qui dure jusqu'à 3 h. 15. Saignée de 200 grammes, difficile à cause de l'extrême ténuité des veines de la malade. Lavement

chloral, 4 grammes. Légère détente. Pouls à 100. puis à 90 et 80.

A 6 heures, nouvelle crise d'une extrême violence, nouvelle saignée : ablation de 600 grammes d'un sang très épais et poisseux.

Les crises cessent : mais la patiente retombe dans le coma. Pouls déprimé, battant avec une rapidité extrême. Respiration stertoreuse. L'accouchement provoqué est décidé.

Col utérin, épais et rigide, à peine entr'ouvert, assez élevé pour permettre difficilement le diagnostic de la présentation céphalique. Rupture des membranes, tampon de pommade belladonnée sur le col utérin. Une heure après, application d'un forceps à cuillers étroites sur la tête de l'enfant. Application difficile à cause des mouvements de la malade. Extraction assez rapide. Enfant mort depuis plusieurs heures. Evacuation complète de l'utérus.

Nouvelle attaque d'éclampsie, très intense, la dernière. Coma profond. Le lendemain, le pouls tombe à 110, puis, les jours suivants, à 100, 90, 80, 70 et même 62.

La malade sort du coma trente-six heures après sa délivrance. Cinq jours après l'invasion des accès éclamptiques, elle était en pleine convalescence.

OBSERVATION LXXVIII

Dr Fourrier (thèse Paris, 1888)

Femme Pasquet, 30 ans, primipare, enceinte de 8 mois environ. Grossesse pénible. Signes d'intoxication : le régime lacté n'est pas suivi. Le 30 décembre 1887, céphalalgie, vive douleur dans les yeux, l'estomac. Le 31, à 7 h. 1/2 du matin, 1^{re} accès éclamptique ; 15 attaques de 7 h. 1/2 à 8 heures du soir. A 10 heures du matin, M. Ribemont rompt les membranes. Après la 13^e et la 15^e attaques, la respiration s'arrête ; respiration artificielle. A 8 heures, dilatation comme une pièce de 5 francs, mais col dilatable ; application de forceps.

Enfant en état de mort apparente, ranimé au bout de 35 minutes. Second fœtus se présentant par l'épaule gauche ; version ; état de mort apparente ; il meurt à 10 h. 1/2 d'hémorragie méningée.

2 accès après la délivrance.

Amélioration les 1, 2, 3 janvier.

Le 4, état général mauvais. Plaques de sphacèle sur les cuisses. Congestion pulmonaire. T., 40°.

Mort le 6 janvier.

OBSERVATION LXXIX

(Résumée)

Dr Picard (thèse Paris, 1882)

Em. Suz., 22 ans, fille de ferme, enceinte de 8 mois, est atteinte d'accès éclamptiques ; 4 accès en dix heures. Coma ; saignée ; rupture des membranes par M. le professeur Gaulard, d'Angers, bien qu'il n'y ait pas de dilatation du col.

Injection sous-cutanée de morphine.

Accouchement six heures après. Après l'expulsion du fœtus : 5 attaques.

Délivrance artificielle dans le coma. Plus d'attaque.

Enfant vivant ; suites de couches bonnes.

OBSERVATION LXXX

Dr Picard (thèse Paris, 1882)

Hermine M..., 23 ans, primipare, entre le 23 novembre 1874.

Œdème de la face, des grandes lèvres, des extrémités inférieures, puis généralisé.

Céphalée, dyspnée, urines albumineuses.

On craint des accès éclamptiques et on ponctionne les membranes.

16 heures après : 1^{er} accès d'éclampsie, puis 4 autres.

On donne du chloroforme et du chloral.

A 8 heures : coma.

Le 25 novembre. — Mort sans travail.

OBSERVATION LXXXI

Dr Vinay (Communication faite à l'Académie de Médecine, 31 mai 1898. —
Analyse de la *Presse Médicale*, 1^{er} juin)

M. Poncet communique au nom de M. Vinay l'observation d'une femme enceinte de six mois, qui fut amenée un matin à l'hôpital pour des accès d'éclampsie.

Depuis une semaine, elle avait de la céphalée, de l'obnubilation intellectuelle, de l'albuminurie; et elle était au régime lacté.

Pendant la nuit, des accès d'éclampsie étaient survenus et s'étaient succédés depuis lors sans interruption, la malade était plongée dans le coma.

L'utérus présentait les dimensions d'un utérus de six mois et demi. On n'entendait pas les bruits du cœur du fœtus.

On se décida alors à pratiquer l'accouchement forcé sous le chloroforme. Après une version, M. Vinay put extraire un fœtus mort de 600 grammes. L'opération fut terminée en vingt minutes. On continua à donner pendant quelque temps du chloroforme à la malade et on lui injecta trois litres de sérum artificiel.

Quelques heures après, l'amélioration était sensible; les accès devenus rares et presque avortés; le rein avait repris ses fonctions et l'on peut retirer de la vessie 250 grammes d'urine albumineuse.

Les accès cessèrent définitivement dans la soirée; cinq jours après, la malade était complètement guérie.

OBSERVATION LXXXII

Dr Azais (Thèse de Lyon)

Eclampsie. Accouchement forcé. Mort de la mère et de l'enfant.

Madeleine C..., multipare, est amenée à la Charité de Lyon dans le coma éclamptique. Elle a eu un grand nombre

d'accès. Température 39°5. Urines très albumineuses. Dilatation cervicale insuffisante. Terminaison de l'accouchement par le forceps. Déchirure du col. Enfant mort.

Le coma se prolonge. La femme meurt sans avoir repris connaissance.

OBSERVATION LXXXIII

(Résumée)

Dr Guionnet (*Courrier médical*, 27 mars 1880)

Éclampsie au début du travail. — Dilatation forcée du col. Rétroceps. — Enfant vivant. — Guérison.

J. R..., 18 ans, lymphatique, petite de taille, mais bien constituée, est arrivée au terme de sa première grossesse.

Depuis huit jours, œdème des membres inférieurs; dans la journée du 9 janvier, troubles oculaires, douleurs dans les reins.

Le soir, vers 4 heures, accès éclamptique.

Le 10, à 4 heures du matin, 5 attaques, agitation. Sixième accès, puis assoupissement, coma.

Inhalation de chloroforme. Saignée de 600 grammes.

Col effacé, dilaté comme une pièce de deux francs, bords souples et dilatables, tête dans l'excavation, en O I G A. Pouls de la mère : 120.

A 5 heures, septième accès : chloroforme.

Légères contractions utérines.

A six heures : trois accès consécutifs très violents, la patiente est pâle, complètement insensible à toute excitation, la dilatation est la même qu'à mon arrivée, mais les bruits du cœur ont faibli, l'enfant est en danger, le travail ne fait aucun progrès. Les attaques se rapprochent.

Je résolus d'intervenir. A six heures un quart, je commençai par introduire l'index, puis le médius, puis l'annulaire; la dilatation devient alors facile : mais je ne fis tout cela que progressivement et sans rien brusquer. Dès que la dilatation

me parut suffisante, pour laisser passer les cuillers du rétroceps, j'appliquai l'instrument.

A 7 h. 1/4, j'amenais un beau garçon qui ne tarda pas à crier.

Cordon court, peu de sang après la délivrance.

Coma persistant : après la délivrance, nouvel accès éclamptique ; la malade est glacée, on la réchauffe.

Accès à 8 h. 1/2, 9 h. 25.

A 10 heures, la malade se réveille un peu, s'agite, deux accès consécutifs. Face colorée, tête chaude : deux sangsues aux genoux ; chloroforme pour faire avorter les accès.

Convulsions à 11 h. 5, 11 h. 35, 1 h. 5 : alors potion bromurée.

A 3 h. 1/4, la malade paraît mieux. Elle a uriné abondamment sous elle ; à 6 heures, dernier accès.

Le 11 janvier, la malade commence à dire quelques mots ; le soir, elle est plus assoupie et pousse quelques gémissements plaintifs ; 100 pulsations à la minute. Inspirations, 22. Sinapismes. Colomel et Jalap aa, 0 gr. 50.

Le purgatif a produit 3 ou 4 selles.

Le 12, dans la matinée, la malade se réveille et reconnaît son entourage. Elle est fort surprise quand on lui apprend qu'elle a un garçon.

A deux heures, P. 100 ; T. 38°. Utérus dur, pas de pertes.

Le 13, 96 pulsations, lochies, la malade réclame de la nourriture.

Le 14, les seins sont gros.

Le 15, douleur abdominale, constipation : huile de ricin.

Le 16, au matin, une selle, deux vomissements bilieux, puis spasmes, mouvements nerveux.

Le 17, au matin, 92 P ; T. 37°,4. Dès lors tout va bien, la malade se rétablit.

Le 22 février, retour des règles.

OBSERVATION LXXXIV

Dr Garrigues (*In Comptes rendus, Société Obstétricale de New-York, 1885*)

Secondipare, ayant eu de la folie puerpérale à une première grossesse.

Urines albumineuses. — Éclampsie. — Accès nombreux.

Saignée. — Chloral. — Chloroforme.

Provocation du travail. -- Dilatateur de Barnes, puis Version.

Enfant vivant, du poids de 7 livres 11 onces.

Guérison maternelle.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement de l'éclampsie puerpérale doit être à la fois médical et obstétrical.

Le régime lacté, les diurétiques, les anesthésiques, les injections de sérum artificiel, la saignée, en constituent la base ; l'évacuation de l'utérus en est le complément.

II. — Le traitement obstétrical est rationnel.

Il débarrasse l'organisme maternel d'une petite quantité de toxines, supprime certaines sources d'intoxication et régularise le fonctionnement des organes éliminateurs.

Il préserve le fœtus des dangers de toutes sortes qui le menacent dans la cavité utérine (intoxication, asphyxie).

III. — Son utilité est indiscutable.

Il abaisse la mortalité maternelle et diminue de près de moitié celle du fœtus.

IV. -- Il est d'autant plus utile qu'il est plus précoce. La provocation du travail nécessite une intervention plus délicate, moins facile que son accélération. Le pronostic en est cependant aussi favorable. Si les manœuvres sont plus sérieuses, la mère et le fœtus sont moins intoxiqués.

V. — Tous les moyens d'intervention n'ont pas égale valeur. Un procédé de choix doit être sûr, rapide et anodin. Les incisions cervicales, l'accouchement forcé, l'opération césarienne

sont des moyens violents et dangereux. Leur usage doit être abandonné.

L'accouchement méthodiquement rapide par dilatation bi-manuelle (procédé de M. Bonnair) est le meilleur des procédés d'intervention chez les éclamptiques.

Les ballons dilateurs, les écarteurs métalliques lui sont inférieurs. Ils exposent davantage aux traumatismes.

La dilatation manuelle échoue quelquefois, surtout chez les primipares, pendant la grossesse. Dans ces cas, on place dans la cavité utérine un ballon de moyen calibre et l'on revient à la dilatation manuelle sitôt que l'état du col le permet.

VI. — Le traitement obstétrical a ses indications déterminées. On doit y avoir recours dans la période d'état, de convulsions, lorsque la grossesse a atteint le septième mois ; l'accoucheur soumettra l'éclamptique à l'anesthésie chloroformique, lui fera une saignée si elle est pléthorique, puis, tous les soins ordinaires pris, il provoquera ou accélérera le travail de l'accouchement.

Avant sept mois, si l'enfant est vivant, il ne faut intervenir qu'après échec bien constaté du traitement médical ou certitude absolue de l'impossibilité de la prolongation de la grossesse.

Dans la période d'éclampsisme : avant tout, le traitement médical ; l'intervention est réservée aux cas où, malgré lui, les symptômes d'intoxication augmentent.

VII. — Toute intervention sera faite sous le chloroforme. L'anesthésie devra être complète, sa durée aussi longue que les manœuvres.

VIII. — Une antiseptie rigoureuse, qui mettra l'éclamptique à l'abri de l'infection, sera appliquée pendant et après l'opération.

Vu : le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

P. BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- P. MAURICEAU : Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes. Paris, 1694.
- A. LEVRET : L'art des accouchements. Paris, 1866.
- BAUDELLOCQUE : L'art des accouchements. Paris, 1781.
- A.-C. BAUDELLOCQUE : Dissertation sur les convulsions qui surviennent pendant la grossesse, dans le cours du travail de l'enfantement et après la délivrance. Thèse, Paris, 1822.
- FODÉRÉ : Traité de Médecine légale, 1813.
- M^{me} LACHAPELLE : Pratique des accouchements, Paris, 1821-1825.
- CHAUSSIER : Considérations sur les convulsions qui attaquent les femmes enceintes. Paris, 1823.
- VELPEAU : Des convulsions chez les femmes pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement. Paris, 1834.
- DUBOIS : Eclampsie. Gazette des Hôpitaux, 1841.
- SIMPSON : Edimburgh. méd. Journal, 1843, 1847, 1851.
- Archives générales de Médecine, 5^e série, t. V, 1854.
- JACQUEMIER : Manuel des accouchements. Paris, 1846.
- BLOT, H. : De l'albuminurie chez les femmes enceintes, etc. Paris 1849.

- BRAUN : Ueber Eklampsie. Klinick der Geburtshülfe von Chiari, Braun und Spaeth, 1853.
- Des convulsions des femmes grosses, Wien. méd. Wochenschrift, 1853.
- Essai sur l'éclampsie, 1858.
- LEGROUX : Note sur l'éclampsie albuminurique. Union médicale, 1856.
- STOLTZ : Gazette médicale de Strasbourg, 1856.
- CAZEAUX et TARNIER : Traité de l'art des accouchements. 1867, Paris.
- TARNIER : Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches. Paris, 1857.
- MACNAMARA : The Lancet, 1858.
- JOULIN : Traité de l'art des accouchements, 1867.
- BAILLY : Eclampsie. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1870.
- CHARPENTIER : De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques. Thèse d'agrégation. Paris, 1872.
- DEPAUL : Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1872-1876.
- P. BUDIN : Des indications fournies par la température dans l'éclampsie puerpérale. Gazette des Hôpitaux, 1872.
- BOURNEVILLE : Recherches sur la température dans l'urémie et l'éclampsie puerpérale. Mouvement médical, 1873.

- TARNIER : De l'efficacité du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes et de son indication comme traitement préventif de l'éclampsie, 1875. Progrès médical.
- PETER : Leçons sur l'éclampsie puerpérale. Archives de Tocologie, tome II, 1875.
- CHOUPE : Etude sur le traitement de l'éclampsie par l'hydrate de chloral. Ann. de Gyn., 1876.
- BELIÈRE : Thèse de Paris, 1876.
- PICARD : Thèse de Paris, 1876.
- LACAMBRE : Traitement de l'éclampsie. Th. Paris, 1877.
- FROGER : Traitement de l'éclampsie par l'hydrate de chloral. Thèse de Paris, 1879.
- TUCOULAT : Thèse de Lyon, 1879.
- TESTUT : Hydrate de chloral dans l'éclampsie. Paris, 1879.
- MENAGER : Cinq cas d'éclampsie. Journal de Médecine de l'Ouest, 1879.
- QUANTIN : Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie. Archives de Tocologie, 1879.
- TRIAIRE : Archives de Tocologie, 1880.
- SCHAUTA : Archive für Gynækologie, Band XVIII. Heft 2.
- LÖHLEIN : Arch. für Gynækol., Band XVI.
— Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IV. Helf 1.
- CHANTREUIL : De l'Eclampsie. Paris, 1881.
- BOUCHARD : Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, 1882.
- LERAT : Gazette Médicale de Nantes, 1882.

- CHARPENTIER : Traité pratique des accouchements.
Paris, 1883.
- OSTERLOH : Société Gynécologique de Dresde. 12
avril 1883.
- ROBIN : Thèse de Paris, 1884. Etude sur quelques
formes d'éclampsie.
- BREUS : Zür Statistik der Behandlung puerpe-
ralen Eklampsie mit heissen Badern
Wiener méd. Blätter, 1884.
- DELORE : Eclampsie puerpérale. Dict. encyclopé-
dique des sciences médicales, 1885.
- FRY : Americ. Jornal of obstétrics. Janvier 1885.
- R. MURROY : New-York méd. Jornal. 16 mai 1885.
- JOSEPH : Albuminurie et Eclampsie. Th. Paris,
1885.
- LAUGIER : Quelques considérations sur l'éclampsie.
Thèse de Lyon, 1885.
- AUVARD : Thèse agrégation, 1886.
- DOLERIS et BUTTE : Société de Biologie, 20 février 1886.
- LUGEOL : Archives de Tocologie, 1886.
- CHARPENTIER et BUTTE : Nouvelles archives d'obstétrique et
de Gynécologie, 1887.
- BLACK : Archives de Tocologie, 1887.
- OATMAN : Semaine Médicale, 1887.
- FRY : Société Obstétricale de Washington,
novembre 1887.
- LEONARD : France Médicale, janvier 1887.
- BOUCHARD : Leçons sur les intoxications, 1887.
- ROUHAUD : Lésions du placenta dans l'albuminurie,
1887.
- VARNIER : Albuminurie et Eclampsie (Ann. d'Obs-
tétrique et de Pædiatrie, 1888.)

- FOURRIER : Thèse de Paris, 1888.
- CORDES : Association américaine des Obstétriciens. 1^{er} semestre 1888. Washington.
- H. PILLIET : Lésions hépatiques de l'éclampsie puerpérale. Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn. t. III, 1888.
- SCHRÖEDER : Lehrbuch der Geburtshülfe, 1888.
- LOHLEIN : Zeitschrift für Geburtshülfe, Band XIII, Heft 2.
Centralblatt für Gynækologie, 1^{er} décembre 1888.
- LANTOS : Beitrag zur Lehre von der Eklampsie und Albuminurie.
- PILLIET et LETIENNE : Lésions du foie dans l'éclampsie avec ictère. Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn., 1889.
- BOUCHARD : Leçons sur les auto-intoxications, 1889.
- DE LAURADOUR : Lésions du foie dans l'éclampsie. Thèse Paris, 1889.
- DUGUET : Thèse de Bordeaux, 1889. De l'éclampsie puerpérale.
- RUMMO : Riformia medica, 1889.
- HALBERTSMA : Centralblatt für Gynækologie, 1889.
-- Uber Kaiserschnitt bei Eklampsie. Congrès Berlin, 1890.
- CHARPENTIER : Traité des accouchements, 2^e édition, 1890.
- DUBOST : Albuminurie et Eclampsie. Th. Paris, 1890.
- GRINDA : Accouchement prématuré artificiel, 1890.
- AHLFELD : Archive für Gynækologie, 1890.
- BOUFFE DE SAINT-BLAISE : Lésions anatomiques dans l'éclampsie, 1891.

- MOREAU : Etude du traitement de l'éclampsie. Th. Paris, 1891-92.
- CASAMAYOR : Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie. Th. Paris, 1891-92.
- GÉRARD : Thèse de Bordeaux, 1891-1892.
- LÖHLEIN : Therapie der Eklampsie, Bonn 1891.
- HAULTAIN : Edimbourg Médical, août 1891.
- OUI : Archives de Gynécologie, 1891.
- AZAIS : Thèse de Lyon, 1891-1892.
- TARNIER et CHAMBRELENT : Toxicité du sang des éclamptiques. Congrès de Bruxelles 1892 et Annales de Gynécologie, novembre 1892.
- ROGER : Les intoxications (In pathologie générale de Bouchard).
- CHROBACK : Semaine Médicale, 1892.
- BOISSARD : Archives de Tocologie, 1892.
- SUDRE : Echos Médical de Toulouse, 1892.
- DUHRSEN : Ueber die Behandlung der Eklampsie ante et intra partum. Gesellschaft für Gynœkologie. Janvier 1892.
- GOLDBERG : Centralblatt für Gynœkologie, Band XLI. 1892.
- LÖHLEIN : Centralblatt für Gynœkologie, Band XLI. 1892.
- CHARPENTIER : Bulletin de l'Académie de Médecine, 1893.
- GUÉNIOT : Bulletin de l'Académie de Médecine, 1893.
- TARNIER : Bulletin de l'Académie de Médecine, 1893.
- GERMONT : Albuminurie et Eclampsie. Thèse de Paris, 1893.
- EDDÉ : Valeur des procédés pour provoquer l'accouchement. Th. Paris, 1893.
- SONREL : Accès d'éclampsie. Thèse Paris, 1893.

- BERNHEIM : Traitement de l'éclampsie puerpérale en partie par les injections d'eau salée. Thèse de Paris, 1893.
- DUCHEMIN : Eclampsie sans albuminurie. Thèse de Paris, 1893.
- ANDRÉ : Thèse de Bordeaux, 1893.
- MASSION : Thèse de Bordeaux, 1893.
- PUECH et SACAZE : Nouveau Montpellier médical, 1893.
- BUTTE : Journal d'accouchement de Liège, 1893.
- SCHMORL : Pathologisch anatomische Untersuchungen über puerperal Eklampsie. Leipzig, 1893.
- CLÉMENT : Rapports de la grossesse gémellaire et de l'éclampsie. Thèse Paris, 1894.
- THOUVENAIN : Revue internationale de Médecine et de Chirurgie.
- CLAVÉRIE : Accouchement par les voies naturelles ou opération césarienne après la mort. Thèse de Paris, 1894.
- TARNIER : Presse médicale, 1894.
Gazette médicale, mars 1894.
- BOTTIAU : Accouchement provoqué méthodiquement rapide. Th. Paris.
- MICHOLET : Causes de la mort de l'enfant dans l'éclampsie puerpérale. Thèse Bordeaux, 1894.
- MÉNAGER : Gazette médicale de Nantes.
- BIDDER : Arch für Gynækologie, XLIV. Über 455 Fälle von Eklampsie.
- DODERLEIN : Münch. méd. Wochenschrift, 26 juin 1894.
- LEFLOCH : Remarques sur l'éclampsie puerpérale. Th. Bordeaux, 1895.

- BOUILLE : Accouchement prématuré par le procédé de Dührssen. Thèse Paris, 1895.
- CHAMBRELENT et CASSAET : Causes de la mort fœtale dans l'éclampsie. Ann. de la Société obstétricale de France, 1895 et Congrès de Bordeaux, 1895.
- BAR : Sur l'éclampsie puerpérale (Soc. obst. de France).
- CASSAET et ROBERT : Bulletin médical, août 1896.
- ZWEIFEL : Zür Behandlung der Eklampsie. Cent. für Gynaëkologie, 1895.
- WOYER : Ein Fall von Eklampsie bei Mutter und Kind Centralb.-für Gynæcologie, 1895.
- DAVIS : American gynaecological society. Baltimore, 22 mai 1895.
- TARNIER : Bulletin Académie Médecine, 1896.
- DAVID : Accouchement prématuré artificiel. Thèse Paris, 1896.
- HAGOPOFF : Etude sur la pathogénie de l'éclampsie. Thèse de Paris, 1896.
- ROBERT : Bulletin de l'Académie de Médecine, 1896.
- AUVARD : Archives de tocologie, 1896.
- BUE : Archives de tocologie, 1896.
- FERRÉ : Obstétrique. Novembre 1896.
- LÉVI : Troubles nerveux d'origine hépatique.
- CONGRÈS DE GENÈVE : Traitement de l'éclampsie (Charpentier, Tarnier, Queirel, Fochier, Chalcix-Vivie, Audebert, Halbertsma, Mangiagli, Charles, Bossi, Morisani, Veit, Byers).
- BRINDEAU : Traitement de l'éclampsie. Archives de tocologie.
- CLAFTON EDGAR : Medical Record. Décembre 1896.

- PESTALOZZA : Settemana med. dello sperimentale, 1896-1897.
- PASCALINI : Semaine médicale, 1896.
- INVERARDI : Ann. di ostit. e genecol, mai 1896.
- VON PEYMA : New-York méd. Jornal, 1896.
- SMEEDY : Lancet, 22 février 1846.
- MICHEL : Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme ayant des accès éclamptiques. Thèse Paris, 1897.
- MACÉ Accès d'éclampsie, diagnostic et traitement. Thèse Paris, 1897.
- CLAUDE : Essais sur les lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines. Thèse Paris, 1897.
- PERRET : De l'albuminurie des nouveaux-nés. Thèse Paris, 1897.
- ZAMFIRESCO : De l'albuminurie des nouveaux-nés. Thèse Paris, 1897.
- BAR et GUYESSE : Presse médicale, 1897.
- OUI : Echos médical du Nord, mai 1897.
- SCHMOUKLER : Arch. Gyn. et Tocologie, décembre 1897.
- KEIFFER : La menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale. (Obstétrique, 1897).
- SCHWAAB : Archives générales de Médecine, 1897.
- MORTAGNE : De l'accouchement méthodiquement rapide. Thèse Paris, 1897.
- POTTER : Med. New, 21 août 1897.
- BYERS : Lancet, 2 janvier 1897.
- BAR : Article éclampsie. Traité des accouchements de Tarnier et Budin.

- BONNAIRE : Traitement de l'éclampsie. Presse médicale, décembre 1898.
- DEMELIN : De la dilatation artificielle du col utérin. (Obstétrique, juillet 1898).
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LÉPAGE : Précis d'Obstétrique.
- HOCHWELKER : Recherches sur le passage des substances solubles de la mère au fœtus. Thèse Lyon, 1898.
- LANNOIS et BRIAU : Lyon médical, mars 1898.
- FOUQUEAU : Observations d'accès d'éclampsie. Thèse de Paris, 1898.
- BOISSARD : Traitement de l'éclampsie. Médecine moderne, 1898.
- CHEYNISSE : Semaine médicale, 1898.
- SCHMORL : Patholog. anat. Untersuchungen über puerperal Eklampsie. Leipzig.
- LA TORRE : Archivio italiano di Ginecologia, 1898.
- WINKLER : Beitrag zur Lehre von der Eklampsie, 1898.
- OLLIVE : Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes, juin 1899.
- FIEUX : Revue d'obstétrique et de pædiatrie, 1899.
- DANGER : Traitement obstétrical de l'éclampsie Th. Montpellier.
- FERRI : Congrès de Gènes 1899.
- PARISOT : Revue internationale de Médecine et de Chirurgie.
- HÉLOUIN : Contribution à l'étude de l'hépatotoxémie. Thèse Paris, 1899.
- DUHRSEN : Manuel d'Obstétrique.

BOUFFE DE SAINT-BLAISE : Les auto-intoxications de la grossesse. Paris, 1899.

BLEYNIE : Limousin médical, 1899.

J. PETIT : Journal des Praticiens, novembre, 1899.

DUBRISAY : Société d'obstétrique de Paris, février 1900.

BAR : Société d'obstétrique de Paris, février 1900.

MAYGRIER : Société d'obstétrique de Paris, février 1900.

DEMELIN : Société d'obstétrique de Paris, février 1900.

BOISSARD : Société d'obstétrique de Paris, février 1900.

SCHWAAB : Société d'obstétrique de Paris, février 1900.

BAR : De l'excrétion urinaire chez les éclamptiques. Société médicale des Hôpitaux (23 mars 1900).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	10
INTRODUCTION.....	13
HISTORIQUE.....	17
PREMIÈRE PARTIE :	
De la valeur de l'accouchement chez les éclamptiques.....	24
I. Influence sur l'état maternel	25
II. Influence sur l'état fœtal	54
DEUXIÈME PARTIE :	
De l'intervention chez les éclamptiques	63
I. Valeur de l'intervention.....	63
II. Valeur des différentes interventions.....	91
TROISIÈME PARTIE : Observations.....	109
CONCLUSIONS	206
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	209

NANTES. — IMPRIMERIE R. GUISTHAU, 5 & 6, QUAI CASSARD.



